

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

SIMON SAMUEL ZITZERMANN

Né le 14 Janvier 1903 à Novo-Arkhangelsk (Russie)

Ancien Externe des Hôpitaux

RAPPORTS

des Etats Mélancoliques

et de

l'Atonie de la Vésicule Biliaire

La Bile Noire

Président: M. MÉNÉTRIER, Professeur

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé M. CHIRAY

L. BERESNIAK
Imprimeur-Editeur
12, rue Lagrange
PARIS

1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

SIMON SAMUEL ZITZERMANN

Né le 14 Janvier 1903 à Novo-Arkhangelsk (Russie)

Ancien Externe des Hôpitaux

RAPPORTS

des Etats Mélancoliques

et de

l'Atonie de la Vésicule Biliaire

La Bile Noire

Président: M. MÉNÉTRIER, Professeur

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé M. CHIRAY

L. BERESNIAK
Imprimeur-Editeur
12, rue Lagrange
PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
	DEL BET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN ..	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN....	Pathologie médicale
BINET	Physiologie
BLANCHETIERE	Chimie biologique
BROCO	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRÉ.....	Hygiène
DOGNON	Physique
DONZELOT....	Pathologie médicale
DUVOIR	Médecine légale
ÉCALLE	Obstétrique
FIESSINGER	Pathologie médicale
GARNIER	Pathologie expérimentale
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie
HARVIER	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie
HOVELACQUE	Anatomie
HUTINEL	Pathologie médicale

MM.

JOYEUX	Parasitologie
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE ..	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL	Obstétrique
LHERMITTE ..	Pathologie mentale
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie
METZGER ..	Obstétrique
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie
OBERLING ..	Anatomie pathologique
PHILIBERT ..	Bactériologie
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils ..	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie
VERNE	Histologie
OLIVIER	Anatomie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie
GUÉNIOT	Obstétrique
LEQUEUX	Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
RETTERER ..	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE Clinique chirurgicale
 AUVRAY Clinique chirurgicale
 CHEVASSU .. Clinique chirurgicale
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale
 LE LORIER .. Clinique obstétricale

MM.

LÉRI Clinique médicale
 MOCQUOT .. Clinique chirurgicale
 PROUST Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ .. Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire
 FREY
 CHAILLEY-BERT
 LEDOUX-LEBARD
 WEILL HALLÉ

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique
 chez l'adulte pour les accidentés du travail,
 les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
 Stomatologie
 Education physique
 Radiologie clinique
 Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

Je dédie cette thèse en lémoignage de mon inallérable affection.

A MA SŒUR,

A MON FRÈRE,

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MÉNÉTRIER,

*Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur d'Histoire de la Médecine
et de la Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

*en remerciement des conseils qu'il a bien voulu
me donner pour la rédaction de l'historique de
cette thèse, et du grand honneur qu'il me fait
d'en accepter la présidence.*

A MON MAITRE,

Monsieur le professeur agrégé MAURICE CHIRAY

qui m'a inspiré ce travail et prodigué son enseignement. Qu'il veuille bien accepter ce témoignage de ma reconnaissance, de mon respect et de mon dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le professeur WIDAL (in mémoriam).

M. le professeur HARTMANN

M. le docteur BERGÉ (in mémoriam)

M. le professeur LECÈNE

M. le docteur LAUBRY

Externat

M. le professeur GOSSET

M. le professeur BROCA (in mémoriam)

M. le docteur LION

M. le docteur LÉVY-SOLAL

M. le professeur M. LABBÉ

M. le docteur SÉZARY

M. le docteur CHIRAY

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le docteur MONDOR, chirurgien des hôpitaux

M. le docteur CLEICZ, accoucheur des hôpitaux

M. le docteur J. RAVINA, chef de clinique obstétricale

M. le docteur PERNET, ancien interne des hôpitaux

A M. le professeur CLAUDE

A M. le docteur SÉRIEUX, médecin de l'Asile Sainte-Anne

A M. le docteur TRÉNEL, médecin de l'Asile Sainte-Anne

*qui ont bien voulu me laisser travailler dans
leur service, en reconnaissance de leur accueil
bienveillant.*

A M. le docteur LOMON, électro-radiologiste des hôpitaux

*qui m'a permis, maintes fois, d'apprécier sa
grande complaisance et sa grande compétence.
Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance
et de mon admiration.*

A M. le docteur G. DUHAMEL, l'auteur de « Civilisation »,
de « Confession de minuit », de « la Pierre d'Horeb »,
et de tant d'autres chefs-d'œuvres.

Il a bien voulu m'honorer, dès le début de
mes études, de son affectueuse estime.

Sa bonté, sa simplicité, son humanité profonde
seront toujours pour moi le meilleur exemple.

A MM. les docteurs LAMACHE, SCHIFF, MALE, EY,
ÉLIASCHEFF, LELONG, MAGNAND

A MM. MORLAAS, THIÉBAUT, LELOURDY, internes
des hôpitaux de Paris

A MM. POTIER MASQUIN YAZMADJIAN internes des
asiles de la Seine

en remerciement de leur collaboration si précieuse.

A MM. les docteurs STIEFFEL ISCH-WAHL MARCOTTE
GOZLAN, URCHIA

A mes camarades : GOLÉ, PROST, BARRET, GÉROLAMI
et PRAT

avec qui j'ai passé ma dernière et ma plus belle
année d'externat.

Rapports des Etats Mélancoliques et de l'Atonie de la Vésicule Biliaire



La Bile Noire



PRÉAMBULE

L'étude que nous entreprenons des rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire est entièrement originale.

Et pour cause, l'atonie vésiculaire ou cholécystatonie a été décrite par notre maître le professeur agrégé Maurice Chiray il y a seulement quelques années.

Les travaux traitant des rapports de la mélancolie et des affections du foie et des voies biliaires sont, par contre, anciens et nombreux.

Mais aucun ne pouvait présenter le degré de précision que permettent les méthodes modernes d'exploration de la vésicule biliaire.

Grâce à ces méthodes, l'atonie vésiculaire a pu prendre place dans la nosographie.

Il s'agit, rappelons-le, du point de vue anatomique d'une distension du réservoir biliaire, distension de faiblesse plus ou moins marquée, et complètement indépendante de tout obstacle mécanique extrinsèque ou intrinsèque — et la cholécystographie après ingestion de phénolphthaléine tétraïode montre bien ces vésicules allongées, plosées, au bas-fond élargi et à vidage retardé.

Il s'agit physiologiquement d'un affaiblissement de la contractilité vésiculaire — et le tubage duodénal après épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée permet de ramener une bile vésiculaire, une bile B abondante, fortement colorée, hyperconcentrée, épaisse, une bile noire en un mot qui est un des symptômes les plus marquants de l'affection.

En clinique, elle se traduit par des signes qui sont les uns des signes de dyspepsie biliaire, les autres des signes de vagotonie digestive. Aucun d'eux n'est pathognomonique, mais leur ensemble permet l'identification surtout lorsqu'il est corroboré par l'existence d'un point douloureux vésiculaire.

Ce qui nous a frappé, au cours de nos examens, c'est l'état psychique tout particulier des malades. Ils sont tristes, déprimés, inquiets. « Ils se font de la bile » dirait le vulgaire. Mais la voix commune ne fait que répéter une opinion médicale très ancienne. Si l'on prend, en effet, le mot *mélancolie* dans son sens étymologique, on croit qu'il est formé de deux mots grecs : *μελανα* : noire, et *χολη* : bile. Ainsi la bile noire pour les anciens était à l'origine de la *mélancolie*. Et chez nos *mélancoliques* atteints d'atonie vésiculaire le tubage duodénal ramène une bile noire. Voilà entre l'opinion de nos ancêtres et les recherches modernes une coïncidence extraordinaire !

Le problème a pris dès lors un **intérêt historique**. Qu'était cette bile noire des Anciens ? Nous avons longuement approfondi ce curieux chapitre d'Histoire Médicale.

Il avait déjà un grand **intérêt théorique**. Comment expliquer cette coïncidence de troubles vésiculaires et de troubles mélancoliques ? L'atonie de la vésicule biliaire existe-t-elle dans toutes les formes de la *mélancolie* ? Il s'agit de trouver à l'origine de ces deux ordres de troubles un lien commun. C'est, croyons-nous, un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif parasympathique — un état d'hypervagotonie. Et d'un point particulier, l'atonie vésiculaire, nous abordons une des théories peut-être des plus fécondes de la pathologie générale.

Enfin, notre étude n'a pas manqué de présenter bientôt un **intérêt pratique**. Les tubages duodénaux répétés faisant drainage de la vésicule biliaire améliorent, en effet, et les troubles digestifs, et les troubles mentaux. C'est là une contribution nouvelle à la thérapeutique de la *mélancolie*. Elle est assez importante pour inciter le praticien à rechercher s'il n'y a pas derrière un état mélancolique, une atonie vésiculaire.

En ces quelques lignes, voilà exposé le plan général de notre travail. Nous entrons maintenant dans le vif du sujet en commençant par rendre un premier hommage à nos ancêtres médecins.

HISTORIQUE

.....Sîtôt ! êtes-vous sage ?
Répartit l'animal léger
Ma commère, il faut vous purger
Avec quatre grains d'ellébore.

La Fontaine

Lorsqu'on parle de la bile noire à des médecins instruits de l'histoire de la Médecine, on ne manque jamais de provoquer leur sourire. Cette bile noire les fait se souvenir des théories d'Hippocrate, de Galien, des médecins du XVII^e siècle. Ils s'attendent à une résurrection d'idées vieilles comme la médecine. Leur curiosité un peu sceptique et malicieuse est attisée. Il nous faut les détromper et leur expliquer que ce terme de bile noire signifie pour nous tout autre chose que ce qu'il signifiait pour les Anciens. Ces deux mots, si précis pour nous, ont défini longtemps des notions très différentes et le plus souvent fausses. Il n'était pas sans intérêt, cependant, de donner quelques coups de hache dans cette broussaille d'idées confuses — ne serait-ce que pour avoir l'agréable surprise de retrouver un aphorisme, une remarque, une théorie, qui brillent du plus pur éclat de la vérité. Nos idées les plus chères — les plus chèrement modernes — sont parfois des idées très anciennes et malheureusement oubliées. Notre satisfaction n'est pas de les découvrir à nouveau, mais d'en démontrer l'incontestable exactitude.

L'Histoire de la Bile noire et de ses rapports avec la mélancolie peut schématiquement être divisée en quatre grandes périodes.

Une première période qui s'étend de l'école hippocratique au 1^{er} siècle de l'ère chrétienne ;

une seconde période qui va de Galien jusqu'au 17^e siècle ;

puis de la découverte de la circulation sanguine jusqu'au 19^e siècle, une période un peu trouble où la bile noire prend les significations les plus diverses. On n'ose trop l'abandonner ;

enfin, la période moderne où la bile noire, du moins telle que la concevaient les Anciens, est définitivement reléguée. Cependant, on approfondit l'étude de la mélancolie, on en décrit les diverses modalités cliniques, on en recherche les causes. Ces causes, on tend de plus en plus à les rattacher à des affections organiques. Nombreuses sont les études sur les rapports de la mélancolie et des maladies du foie et des voies biliaires. La notion d'une mélancolie vésiculaire, par atonie de la vésicule biliaire, remet en jeu la bile noire. Mais ce n'est pas la bile noire d'autrefois. Les lignes qui suivent vont suffisamment le prouver.

PÉRIODE HIPPOCRATIQUE

C'est dans les œuvres d'**Hippocrate** (460-480 avant J.-C.) qu'il est pour la première fois fait mention de la *μελανα χολη* ou bile noire. Elle déterminait par son excès la maladie appelée *μελανχολη* ou mélancolie. Peut-être les médecins grecs, prédécesseurs d'Hippocrate connaissaient-ils déjà la bile noire. Nous n'avons trouvé à ce sujet aucun texte précis. Mais il est curieux de trouver dans l'*Iliade* ces quatre vers qu'Aretée de Cappadoce citera plus tard dans son chapitre sur la Mélancolie :

*Le fier^o Agamemnon se lève à ce propos
La tristesse se peint dans les traits du héros
Ses hypochondres noirs de fureur se remplissent
De ses yeux égarés mille éclairs rejaillissent.*

La tristesse — les hypochondres noirs — on voit que le Père de la Poésie avait posé avant le Père de la Médecine les rapports de la mélancolie et de la bile noire.

Hippocrate, ou plus exactement les auteurs de la collection hippocratique, considéraient la bile noire comme une des quatre humeurs de l'organisme. Et dans le « *Traité de la nature de l'homme* » (1) voici comment est exposé la théorie de l'humorisme. « Le corps « de l'homme a en lui sang, pituite, bile jaune et noire. C'est ce qui « constitue la nature et ce qui crée la maladie et la santé. Il y a

1) Hippocrate. Œuvres complètes. trad. franç. par E. Littré.

« essentiellement santé quand ces principes sont dans un juste « rapport de crase, de force et de quantité et que le mélange en « est parfait, il y a maladie quand un de ces principes est soit en « défaut, soit en excès ou s'isolant dans le corps n'est pas combiné « avec tout le reste » (1).

Que la bile noire soit en excès, et qu'elle se porte au cerveau la mélancolie apparaît. « C'est quand le sang est gâté par la bile noire que les mélancoliques sont pris de leur mal et délirent » (2). Au reste, pour Hippocrate, la folie en général est due à l'irruption d'une humeur en excès dans le cerveau. Quand la pituite est en cause, les malades sont paisibles ; quand c'est la bile jaune, ils sont agités, poussent des cris ; quand c'est la bile noire, il existe de la tristesse avec tendance au suicide. « Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique » (3). Mais la mélancolie n'est pas le seul méfait de l'excès de bile noire. La bile noire peut être à l'origine de l'épilepsie qui semble avoir d'étroits rapports avec la mélancolie. « Les mélancoliques deviennent d'ordinaire épileptiques, et les épileptiques mélancoliques ; de ces deux états ce qui détermine l'un de préférence, c'est la direction que prend la maladie. Si elle se porte sur le corps, épilepsie, si sur l'intelligence, mélancolie » (4).

Elle est aussi à l'origine de *paralysies, d'apoplexie, du délire alcoolique, du transport*, de la *fièvre quarle*. Apparaissant au cours de blessures graves, de certaines fièvres, de la dysenterie, elle est d'un pronostic mortel.

Quelle est donc la nature de cette humeur dont l'excès produit des manifestations pathologiques si diverses et si fâcheuses ? C'est l'humeur la plus épaisse, la plus visqueuse. Elle domine entre 25 et 45 ans (5) « chez le bègue ou chauve, l'individu à voix faible ou le velu » (6). Elle surabonde au printemps mais surtout automne « saison sèche et qui déjà commence à refroidir le corps de l'homme », saison de la mélancolie. En somme rien de bien précis sur la nature physique de la bile noire. Peut-être le passage suivant nous fournira-t-il quelque indice. « Les petites veines

1) De la nature de l'homme, VI-2-§4.

2) Des maladies, livre premier, § 39. De phrenitis.

3) IV-577, § 56.

4) V. p. 355, § 31.

5) De la nature de l'homme, VI-39, § 7.

6) Deuxième livre des épidémies, 5^e section § 1.

plus chaudes par la surcharge du sang soulèvent la partie aduste et l'excrètent aussitôt, de la bile jaune si l'élément gras domine, de la bile noire si le sang » (1). Cette bile noire *semble donc se rapprocher beaucoup du sang*. Les médecins grecs, du moins ceux de l'école hippocratique, ne disséquaient pas de cadavres humains, ils n'expérimentaient pas. Ayant constaté que quatre substances qui leur paraissaient de nature différente, faisaient, par moments, issue hors de l'organisme, ils en avaient fait les quatre humeurs constituantes de cet organisme. Il est certain que la bile noire « évacuée par le haut ou par le bas », suivant leur expression, répondait dans certains cas à un *vomissement* ou une *diarrhée formés d'une bile très foncée*. Mais, aussi souvent, sans doute, étant donné l'apparition de ce symptôme au cours d'affections très diverses, la gravité de cette apparition, et le rapprochement qu'Hippocrate fait lui-même avec le sang, il s'agissait de *vomissements noirs* ou d'*émissions de selles noires formées de sang* — d'*hématemèses* ou de *moelena*.

Nous terminerons cette courte incursion dans la médecine grecque par un mot de thérapeutique. Hippocrate conseillait aux mélancoliques les voyages, et surtout il les faisait se purger fréquemment avec de l'*ellébore blanc*. La vogue de l'ellébore pour la cure des maladies mentales persista durant des siècles. Elle n'était pas sans raison. L'ellébore blanc (*veratrum album*) a pour principe actif la vératrine. Et cette vératrine, comme l'ont démontré les expériences de Pécholier en 1886, ajoute à ses nombreuses actions pharmacodynamiques une puissante action chologogue.

Les idées d'Hippocrate sur la bile noire sont, à de légères variantes près, celles de toute la médecine grecque. Aussi nous ne nous arrêterons pas à d'inutiles citations. Il faut en arriver à Galien, pour avoir sur la question quelques aperçus nouveaux.

Avant Galien, **Arétée de Cappadoce** (1^{er} siècle avant J.C.)(2) trace dans un style plein d'élégance une description de la mélancolie. Il la rapporte à la bile noire. « Si dans les maladies aiguës, la bile noire se porte par en haut, c'est un signe extrêmement fu-

1) Sixième livre des épidémies, 6^e section, § 2.

2) Arétée de Cappadoce — Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques, traduit par L. Renaud 1834 — Des maladies chroniques, Livre I chapitre V, de la mélancolie.

neste, si elle descend, c'en est un moins mauvais. Si dans les maladies chroniques, elle prend cours par bas, elle se borne ordinairement à occasionner des tranchées et des douleurs de foie ; chez les femmes, elle remplace l'évacuation menstruelle ; du reste elle est sans beaucoup de danger, *mais si elle remonte vers l'orifice de l'estomac et aux environs des hypocondres elle engendre la mélancolie*, car alors elle cause des flatulences par haut et des éructations fétides d'une odeur de poisson pourri, et inférieurement des vents qui sortent avec beaucoup de bruit, en même temps qu'elle affecte et aliène l'esprit. C'est pour cette raison que les anciens appelaient indifféremment *mélancoliques ou venteux* ceux qui sont attaqués par cette maladie ».

Nous retrouverons aussi très fréquemment l'aérophagie chez les mélancoliques de nos observations.

Arétée insiste beaucoup sur les signes organiques de la mélancolie. « On en voit dont la raison s'affaisse et s'abrutit au point qu'oubliant tout et s'oubliant eux-mêmes ils ne semblent plus vivre que d'une manière purement animale. Toute l'habitude du corps se détériore, leur teint devient d'un jaune vert, surtout lorsque la Bile ne s'évacuant point par les selles passe dans le sang et se répand sur la surface du corps. Ils sont extrêmement maigres quoiqu'ils mangent beaucoup, le sommeil chez eux ne fait point fructifier la nourriture, l'insomnie dissipe et porte tout au dehors. Aussi le ventre est toujours extrêmement serré, ou s'il passe quelque chose ce sont des matières desséchées, cuites, des crottes noirâtres, teintées de bile : les urines aussi sont bilieuses, âcres et passent en petite quantité. Ils ont les hypocondres tendus, pleins de vents, des éructations fétides, aigres et d'une odeur marécageuse, ils rejettent en même temps quelques bouchées d'une bile âcre, mêlée de bile noire. Ils ont en général le pouls petit, faible languissant, se mouvant à peine et pour ainsi dire figé ».

En vérité, il manque peu de signes pour achever la description des malades que nous avons en vue dans cette étude, et dont Arétée a déjà signalé le teint cholémique, l'amaigrissement, l'insomnie, les éructations aigres, les vomissements bilieux, les troubles intestinaux et même la bradycardie.

Pour traiter la mélancolie (1) Arétée recommande la saignée, la purgation, les cataplasmes ou les ventouses sur le foie et la tête rasée, un régime restaurant ou analeptique, des bains d'eaux ther-

1) De la cure des Maladies chroniques. Livre I, chap. V, De la cure de la mélancolie.

males qui apportent une diversion agréable à l'ennui d'un long traitement. D'autres fois, rejetant toute médication, il use d'un thérapeutique bien plus perspicace, comme le prouve ce joli passage : « On rapporte à ce sujet qu'un particulier qui paraissait attaqué d'une mélancolie incurable étant devenu amoureux d'une jeune fille, fut guéri par l'amour, ce que les médecins n'avaient pu faire. Pour moi je pense que ce malade avait été autrefois extrêmement amoureux de cette jeune personne, et que n'ayant pu réussir dans son amour, il était devenu sombre, triste, rêveur, et avait passé aux yeux de ses concitoyens, qui ne connaissaient point la cause du mal, pour être atteint de mélancolie ; mais qu'ayant eu, dans la suite, plus de succès et joui de l'objet désiré, il était devenu moins sombre et moins atrabilaire, la joie ayant dissipé cette apparence de mélancolie, et que, sous ce rapport seulement, l'amour était devenu médecin et avait triomphé de la maladie ». Mais nous sommes loin de la bile noire, et sur sa nature, Arétée ne fournit aucune précision. Les œuvres de Galien apporteront un meilleur appât à notre curiosité.

PERIODE GALÉNIQUE

Galien (1) (131-201 après J.C.) admet encore les quatre humeurs qui pour Hippocrate composaient le milieu intérieur de notre organisme. Mais, tout comme la bile jaune d'ailleurs, la bile noire n'est plus une humeur normale, c'est une humeur excrémentielle.

C'est une humeur froide, sèche, mordicante, acide, la plus pernicieuse de toutes.

Un court rappel de la physiologie digestive telle que la concevait Galien nous montrera la formation de cette bile noire (2).

Les aliments sont transportés de l'estomac où ils ont subi une première coction par les veines portes qui sont « comme les portefaix des villes qui portent le blé nettoyé du grenier à la boulangerie ». Cette boulangerie c'est le foie. Il fait subir aux aliments une deuxième coction, et forme ainsi le sang, la bile jaune, la bile noire.

Le sang remonte à la partie convexe du foie, la bile jaune

1) Galien. Œuvres traduites par Daremberg.

2) Galien, Utilité des parties du corps, chap. IV.

passer par les vaisseaux cholédoques et la vésicule biliaire pour aller au duodénum, la bile noire est amenée à la rate par les veines portes. Les veines portes ont donc un double courant en sens inversé. Ce système vasculaire à double courant se retrouve chez les insectes.

Pour distinguer la bile jaune de la bile noire, Galien recourt à la comparaison suivante qui sera citée par tous ses continuateurs. « Imaginez un vin doux exprimé récemment des grappes fermentant et altéré par sa chaleur naturelle ; puis ce changement produisant deux superfluités, l'une plus légère et plus semblable à l'air, l'autre plus lourde et plus semblable à la terre. Supposez que l'on nomme, je crois, la première fleur, la seconde lie, vous pouvez sans vous tromper comparer la bile jaune à l'une de ces substances et la bile noire à l'autre ».

La rate est donc un émunctoire du foie. « Elle purifie les humeurs terreuses, épaisses, chargées de bile noire et qui sont engendrées dans le foie ». Ces matériaux transformés seront l'aliment de la rate. Ceux qui auront échappé à cette élaboration seront déversés dans l'estomac au moyen d'un conduit veineux (vaisseaux courts). Ils n'incommoderont nullement l'estomac. « En effet la bile noire est astringente, acide, capable de contracter et de resserrer l'estomac, non de le bouleverser comme la bile jaune ».

Si la rate fonctionne mal par suite d'atonie ou par suite d'une suppuration « elle attire à elle moins de bile noire qu'il ne convient, le sang n'est pas purifié, et tout le corps prend une mauvaise couleur ».

Mais pour produire ses méfaits, la bile noire doit être mélangée au sang. C'est alors que Galien fait une distinction entre *l'humeur noire* et *la bile noire*. Pour bien la comprendre, nous ne pouvons pas mieux faire que de citer : « Ces deux humeurs (la bile jaune et la bile noire) n'ont pas quand l'animal est dans son état naturel l'aspect qu'elles trahissent souvent quand cette économie est troublée. Dans ce cas, la bile jaune devient vitelline. C'est ainsi qu'on la nomme parce qu'elle ressemble par la couleur et l'épaisseur au jaune d'œuf. La bile noire devient, elle aussi bien plus pernicieuse qu'elle n'était dans l'état naturel. Cette humeur n'a pas reçu de nom spécial. Quelques-uns l'appellent « mordicante » ou « acide » parce qu'elle devient âcre comme du vinaigre, qu'elle mordille le corps de l'animal et de la terre, si elle y est répandue, et qu'elle excite une sorte de fermentation et de bouillonnement,

d'où jaillissent les bulles d'air quand une nouvelle cause de corruption vient s'ajouter à l'humeur noire telle qu'elle est dans son état naturel. La plupart des anciens médecins, il me semble, appellent *humeur noire* et non pas *bile noire* la partie même de l'humeur dans son état naturel qui passe par les selles et flotte souvent à la surface dans le vase ; ils nomment *bile noire* la partie qui par la combustion et la corruption a pris la qualité acide. Du reste il ne faut pas discuter sur les termes, mais savoir que telle est la réalité ». Cette bile noire peut être encore produite par une altération de la bile jaune en particulier lorsqu'elle est vitelline. Elle peut même résulter d'une altération du sang. C'est ce qui se produirait au cours d'une affection de l'estomac décrite autrefois par Dioclès sous le nom de *maladie hypochondriaque et flatulente*. « Il semble dans ce cas qu'il y ait une inflammation dans l'estomac et que le sang renfermé dans la partie enflammée soit épais et atrabilaire ».

Galien attribue aussi à cette bile noire la survenue de la mélancolie : « Quand l'exhalaison atrabilaire semblable à de la suie ou à de la fumée remonte à l'encéphale, il se produira dans l'intelligence les symptômes mélancoliques », et plus loin : « De même que les ténèbres extérieures inspirent la peur à presque tous les hommes, si ce n'est aux individus naturellement très audacieux et instruits — de même la couleur de la bile noire, en obscurcissant comme le font les ténèbres le siège de l'intelligence engendre la crainte ». Cette crainte avec la tristesse est le propre de la mélancolie.

La bile noire produit parfois aussi « l'épilepsie quand elle est retenue dans les canaux de sortie des ventricules de l'encéphale le moyen et le postérieur » — quand elle est en excès dans le corps même de l'encéphale, elle engendre la mélancolie.

Cette humeur abonde surtout à l'âge viril, chez les individus maigres, bruns, velus et ayant de larges veines, parfois chez les individus à teint très coloré, ou les blonds lorsqu'ils sont exposés à des insomnies, à des fatigues nombreuses, à des inquiétudes et soumis à un régime peu fortifiant.

Il est des aliments qui engendrent plus particulièrement l'atrabile. Il serait vain de les citer.

Comme thérapeutique, Galien préconise la saignée des veines du coude qui ramène un sang noir et épais chargé de bile noire, les bains, la purgation.

En fait, si nous essayons de nous représenter ce que pouvait être exactement l'atrabile de Galien, nous nous trouvons devant les mêmes difficultés que pour la bile noire d'Hippocrate. Sans doute faut-il formuler à son égard la même hypothèse. Monsieur le professeur Ménétrier a bien voulu nous suggérer l'idée suivante : ces différents observateurs — grecs et latins — travaillaient en Crète, en Macédoine inférieure, en Italie où le *paludisme* est loin d'être rare. *C'est le paludisme qui provoquait des émissions de bile et de sang, la pigmentation de la peau, la grosse rate que les auteurs ont pris pour la cause de l'atrabile.*

Avant de quitter Galien, il nous reste à signaler ce fait qui ne laisse pas d'être étonnant : en termes propres, le maître de Pergame parle de *l'atonie de la vésicule biliaire*. Il n'établit pas, d'ailleurs, de rapprochement entre cette affection et la bile noire « Le sang parfois deviendra impur par suite de l'atonie de la vésicule biliaire. C'est d'ailleurs un autre mode de production d'ictère outre les trois modes précédemment cités. De même que la vessie se remplit d'urine, la vésicule parfois s'emplit de bile à cause d'une obstruction ou de *l'atonie de la faculté expulsive...* » (1). Il a fallu près de vingt siècles pour qu'on reparle d'atonie vésiculaire.

Les idées de Galien sur la bile noire et la mélancolie vont dominer toute la médecine jusqu'à la découverte de la circulation sanguine. Il nous semble peu utile de citer les nombreux auteurs *latins, byzantins, arabes, salernitains* qui n'ont fait que copier ou commenter les traités d'Hippocrate et de Galien. Un exemple entre tous, de cette longue et prodigieuse influence nous est fourni par le **Codex grec**, *manuscrit 36 de la Bibliothèque nationale* datant des XIV-XV^e siècles. On y voit occupant tout le recto du folio 218 l'image colorée de la sphère céleste entourée des signes du Zodiaque. Autour des signes du Zodiaque on lit diverses inscriptions : le nom du signe, le nom du mois, et une phrase brève relative à l'influence du signe du zodiaque sur l'état de l'atmosphère et sur les humeurs de l'organisme. Dans le secteur du bas, celui de l'automne, il est dit à propos des signes de la *Balance*, du *Scorpion* et du *Sagittaire* et des vents *Zéphir*, *Iapyx* et *Thrascias* : ce sont les trois signes de la fin de l'automne, froids, secs, producteurs de bile noire. « Ainsi les mentions portées au calen-

1) Galien — Des lieux affectés, V-IX affections du foie.

drier, nous disent Mrs. Jeanselme et Oeconomus qui commentent l'image du Codex grec dans un récent numéro d'« *Æsculape* », quelques brèves qu'elles soient, fournissent des données précieuses pour l'étude des doctrines médicales ; car, elles prouvent que, sous les Paléologues, à la veille de la chute de Byzance, la médecine suivait encore servilement la tradition hippocratique ».

Au **Moyen-Age** cette influence d'Hippocrate et de Galien avait subi peut-être une légère éclipse. Et pour juger de la mélancolie on s'en référait aux légendes de la Mythologie et surtout de l'Ancien Testament. La mélancolie, comme toute autre espèce de folie, était due à l'effet d'une force surnaturelle diabolique ou divine, plus souvent diabolique, qui s'emparait de la créature. « L'atrabile, disait Saint-Jérôme, est le bain des démons ». Bien des mélancoliques durent être brûlés comme possédés du démon.

Le **Renaissance** remit à l'honneur les théories des Anciens et l'influence gréco-latine se fit, plus que jamais, sentir dans sa toute-puissance.

Nous aurions grand plaisir à citer tous les passages où **Ambroise Paré** (1517-1590) fait mention, et dans un vieux français des plus savoureux, de la mélancolie et de l'atrabile.

Il nous faudrait reproduire le tableau synthétique où il oppose les qualités des quatre humeurs — nature, consistance, couleur, saveur, usage.

« L'humeur mélancolique, dit-il, est de la nature de la terre, froid et sec, gras, épais et limoneux, noir, acide et poignant. Il excite l'appétit, il nourrit la rate et tout autre partie qui lui est semblable en température comme les os ».

Cette bile noire est une humeur contre nature et son origine est variable. « La mélancolie qui est faite ès veines, est de trois différences. L'une est faite d'humeur mélancolique, par une chaleur pourrissante ou autre, et tournée en cendre : partant telle mélancolie est brulée, chaude, acre et mordante. L'autre est engendrée de la cholère (ou bile jaune) vitelline, c'est-à-dire semblable à moyens d'œuf : laquelle par adustion est faite porracée, après aerugineuse, et à la fin rouge et de rouge, noire qui est la mélancolie pire de toutes car elle est maligne, bouillante, rongeannte, exulcérannte et jamais n'est tirée hors du corps sans domage — la troisième est faite de phlegme pourry ès veines et

turnée en phlegme salé et après par grande chaleur estrange en mélancolie ».

Le point important c'est que l'excès de l'une ou l'autre de ces humeurs va créer un tempérament différent. Cette notion des tempéraments était déjà indiquée dans Galien mais d'une façon bien moins précise. Ambroise Paré décrit longuement les signes des quatre tempéraments sanguin, phlegmatique, bilieux, mélancolique.

Les signes de l'homme mélancolique sont les suivants : « Le premier signe est pris de la couleur, c'est que la face est brune ou noirastre, avec un regard inconstant, farouche et hagard, triste, morne, et renfrogné. Le second est pris des maladies, principalement lorsque l'humeur mélancolique est meslée avec la cholèpe, et qu'il s'est tournée en adustion : car lors il advient rongne et gratelle croûteuse, morphée noire, chancre ulcéré et non ulcéré... ils sont sujets aux schirres, hémorroïdes, varices, fièvres... à dureté et tumeur de la ratelle. Ils ont des veines et artères fort étroites à cause de la frigidité de leur tempérament, le propre de laquelle est de restreindre, comme le propre de la chaleur est de dilater... Leur corps est froid et dur au toucher. Ils ont songes et idées en dormant fort épouvantables, car quelquefois leur est advis qu'ils voient des diables, serpents, manoirs obscurs, sepulchres et corps morts, et autres choses semblables, lesquelles impressions sont faites au sens, à cause des vapeurs fuligineuses de l'humeur mélancolique qui monte au cerveau ainsi que nous voyons advenir à ceux qui tombent en hydrophobie. Ils sont graves et malins, frauduleux, trompeurs, chiches et extrêmement avarés, tardifs à payer leurs debtes, craintifs, tristes, chagrins, grongnons, de peu de parole, pleureux, pènsifs, ingénieux, désirans grandes et excellentes choses et sont fort soupçonneux, solitaires, haïssans la compagnie des hommes, fermes et stables en leurs opinions, tardifs à ire, mais quand ils se courrousent ils s'apaisent difficilement. Et lorsque l'humeur mélancolique a excédé son degré de justice, ils deviennent par pourriture et adustion dudit humeur furieux, maniaques et souvent se precipitent et tuent ».

Ce qui favorise l'apparition de l'humeur mélancolique c'est « l'abus des viandes qui engendrent un gros sang, comme chair de bœufs, de cerf, vieux lièvres... d'avantage la vie triste, empêchée de beaucoup d'affaires, soins, cogitations, contemplations, soli-

citudes, procéz, études ou lettres, et pour être trop sédentaire, car par faute d'exercice la chaleur naturellé s'assoupit et les humeurs mélancoliques deviennent gras et terrestres : — aussi la demeure en une région froide et seiche : pareillement faute d'évacuation accoustumée de l'humeur mélancolique qui avait accoustumé de fluer par les hémorroïdes, menstrues, ou de l'évacuation des humeurs par le siège.

La thérapeutique est toujours la même : purgation, saignée, changement de régime. Elle peut arriver à changer le tempérament. « Les gens de cœur ou magnanimes ont été pour la plupart mélancoliques ».

Les idées d'Ambroise Paré ne sont pas complètement celles de **Jean Fernel** (1) (1497-1558) le médecin de Henri II et de Diane de Poitiers. Ce dernier fait quelques réserves sur la correspondance exacte de l'excès d'une humeur et du tempérament de l'individu. Il n'admet pas la notion de tempérament telle qu'elle est conçue par Ambroise Paré. Cependant sur la bile noire il n'a aucune idée nouvelle. Les passages où il parle de la mélancolie semblent copiés d'Arétée, ceux où il mentionne l'atrabile se retrouvent presque textuellement dans Galien. Pour expulser la « *bile âtre* » il prescrit le séné, et toujours l'ellébore, auxquels il donne le curieux nom de « *mélanogogues* ».

Nous pourrions encore citer des passages de **Servet** (2), qui entre autres mérites découvrit la circulation pulmonaire (1553) et influença certainement par son œuvre le grand Harvey, de Daniel **Sennert** (3) qui voit dans le défaut de coction du foie et l'imperfection de ses fonctions la plus grande source du vice des humeurs. Pour lui, l'estomac a une grande part dans l'origine des affections mélancoliques. « Dans ce cas il existe dans le ventricule (l'estomac) un sang épais, semblable à l'atrabile, renfermé dans la poche enflammée duquel il s'élève au cerveau des vapeurs qui en altèrent les fonctions ». **Van Helmont** (1577-1664) combat les théories humorales des Anciens. Il professe un système à la fois mystique, vitaliste et chimiste. Il admet cependant que la mélancolie est due à l'obstruction de la rate par les principes

1) Fernel — Les sept livres de la Physiologie — Les sept livres de Pathologie.

2) Michel Servet — Christianismi restitutio, 1553.

3) Medicina Pratica, 1620.

mauvais venus du sang, principes mauvais qui vont exciter le système nerveux.

Mais la Renaissance est aussi le siècle des anatomistes. Déjà *Vésale* (1514-1564)) avait fait justice de nombreuses erreurs contenues dans l'anatomie de Galien. En 1628, date mémorable dans l'histoire des sciences biologiques, **Harvey** (1578-1658) publia un petit livre de cent pages, le « *De motu cordis* » où par de nombreuses expériences et des raisonnements rigoureux, il démontra le mouvement circulaire continu du sang dans l'organisme. Le sang des artères part du cœur vers les organes, et des organes revient par les veines vers le cœur. Il n'y a plus de circulation à double courant. Ainsi, les dissections de cadavres humains, des expériences physiologiques sérieuses ont permis de battre en brèche tout le système anatomique physiologique et pathologique de Galien. Une nouvelle période s'ouvre dans l'histoire de la bile noire. Elle n'est pas la moins confuse.

DE LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION SANGUINE AU XIX^e SIÈCLE.

Le foie avait un rôle considérable dans la physiologie de Galien. Il était à l'origine des veines, du sang, de la bile jaune, de la bile noire. Versant dans un excès inverse, on lui dénie dès lors toute importance. **Th. Bartholin** (1616-1681) écrit un chapitre sur ses obsèques et lui compose une épitaphe : *Sepulchrum Hepatii*. La rate est dépossédée de son rôle d'organe récepteur et purificateur de l'atrabile. Mais cette idée de l'atrabile, d'une humeur noire reste vivace. **Eustachi** avait à la fin du XVI^e siècle découvert les capsules surrénales. Bartholin, ayant observé au centre de ces capsules une substance noire crut qu'il s'agissait de l'atrabile. Depuis, les capsules surrénales furent appelées *capsules atrabilaires*. Et dans le dictionnaire de Littré à l'article *atrabile* on lit cette courte définition : *atrabile : nom donné par les anciens à une humeur épaisse, noire, âcre, qu'ils supposaient secrétée par les capsules surrénales et à laquelle ils attribuaient l'apparition d'affections tristes, d'accès d'hypocondrie...* — Un peu plus bas, à l'article *capsules atrabilaires* on lit : *nom donné aux capsules surrénales et à laquelle ils attribuaient la formation de l'atrabile. De là le nom d'artères et de veines atrabilaires donné*

aux artères et veines surrénales. Ces définitions sont insuffisantes et ne représentent qu'un court moment de la question de la bile noire. Cette idée de capsules atrabilaires n'eut pas grand succès parmi les contemporains et les successeurs de Bartholin. Elle contient cependant sa petite part de vérité. Si l'on s'en rapporte aux descriptions cliniques de la mélancolie, on voit que la pigmentation des téguments est un signe important. « Le premier signe est pris de la couleur, c'est que la face est brune ou noirâtre » disait A. Paré. *Il est probable que des sujets atteints de maladie d'Addison ont été pris pour des mélancoliques, des atrabilaires.*

Arrivé à ce point, notre historique nous paraît devenir très difficile. Nous sommes à une période où les doctrines médicales sont en pleine révolution. La théorie des humeurs ne satisfait plus tous les esprits. Les uns la conservent en partie, d'autres bâtissent les théories les plus diverses : iatro-mécanique, iatro-chimiste, animiste, vitaliste...

Un fait remarquable c'est qu'on parle moins de mélancolie, et plus souvent d'*hypocondrie*. Allons-nous parler de l'hypocondrie ? N'est-ce pas sortir du sujet et créer une confusion ? L'hypocondrie, dont la première description est due à Dioclès de Caryste, contemporain d'Aristote par son ensemble de signes digestifs et de troubles psychiques à teinte mélancolique se rapproche beaucoup de la mélancolie elle-même. Actuellement on décrit une forme de mélancolie hypocondriaque. Les auteurs du XVII^e siècle semblent volontiers confondre les deux termes : hypocondrie et mélancolie. La différence vient peut-être de ce fait que les organes situés dans les hypocondries, sous les côtes : *υπο χονδριον* tels que : foie, rate, estomac, intestins, et pour certains même l'utérus bien que plus bas placé jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'hypocondrie, tandis que pour la mélancolie c'est une humeur, l'atrabile, qui est la cause déterminante. Mais les auteurs parlent encore d'humeur mélancolique, de tempérament atrabilaire sans bien préciser. Il n'est pas facile de comprendre le fond de leur pensée, et peut-être ne faut-il pas chercher à comprendre. Nous nous contenterons de citer les passages où l'atrabile est mentionnée en termes nets.

Vieussens (1) (1641-1715) pense que la mélancolie résulte « d'une alteration atrabilaire du sang dont les parties biliaires, sulfureuses qui y dominent changent le tempérament du cerveau ».

Boerhave (2) (1668-1738) ne se fait pas faute de parler de l'hypocondrie. Mais, parmi tant d'autres, il émet les deux aphorismes suivants :

« A. 1090. Ce mal (la mélancolie) provient de cette malignité du sang et des humeurs que les Anciens ont nommée atrabile : il provient aussi de l'esprit, et bientôt il se produit cette atrabile dans un corps parfaitement sain.

« A. 1092. Lorsque les parties les plus mobiles de toute la masse du sang se dissipent et laissent les moins mobiles unies ensemble, il ne reste plus dans les vaisseaux qu'un sang noir, épais, gras et terrestre ; on donnera à ce vice le nom d'humeur atrabilaire ou de suc mélancolique ».

Ainsi pour Boerhave il est une mélancolie qui provient de l'esprit, une autre de l'atrabile. Cette atrabile est une transformation, un vice du sang. Il suffit de relire l'aphorisme précédent pour s'apercevoir que ce vice n'a rien de très anormal. C'est, sans doute, *le caillot sanguin* que Boerhave prend pour l'atrabile.

Au XVIII^e siècle **Lorry** (3) (1765) dans son important ouvrage *De melancholia* admet une mélancolie atrabilaire. La mélancolie peut encore être provoquée par d'autres humeurs peccantes. Nous nous rapprochons alors de la théorie des vapeurs.

Raulin (4), **Pierre Pomme** (5), **Beauchesne** (6) sont les principaux protagonistes de la théorie des vapeurs. Au siècle précédent, de nombreux médecins incriminaient les vents, les vapeurs, les fumées, les poisons produits par de mauvaises digestions dans la détermination de l'hypocondrie. La théorie ou plutôt les théories des vapeurs vont mêler les hypothèses les plus hasardeuses à des faits bien observés. Les vapeurs s'élèvent vers le cerveau ; elles partent de l'abdomen en général et plus particulièrement de l'estomac, des intestins, du mésentère, du pancréas, du foie,

1) Vieussens — Œuvres complètes, Tome III.

2) Aphorismes de M. Hermann Boerhave sur la connaissance et la cure des maladies
Traduit en français par X. Rennes, 1738.

3) *De melancholia et morbis melancholicis*, Paris 1765.

4) Raulin — *Traité des affections vaporeuses du sexe*, Paris 1759.

5) Pierre Pomme — *Traité des affections vaporeuses*, Paris 1782.

6) Beauchesné — *Traité des affections vaporeuses*, Paris 1783.

de la rate, de l'utérus. Les organes abdominaux émettaient des vapeurs lorsque le cours des vaisseaux afférents ou efférents était obstrué. Cette obstruction était due à des obstacles mécaniques ou à l'hypertonie, au racornissement des tuniques vasculaires. Elle dépendait d'une inflammation. Broussais devait dire plus tard d'une irritation.

Le foie avec ses trois humeurs : sang, bile hépatique, bile vésiculaire était l'organe dont les obstructions étaient les plus graves. Encore que les obstructions des autres viscères abdominaux — la rate en particulier — pouvaient aussi produire la mélancolie.

Le passage suivant tiré du livre de Raulin nous montrera bien la conception qu'un médecin du Grand Siècle se faisait de la mélancolie :

« Le siège de la mélancolie se trouve dans la région des hypocondres ; il n'y a guère que les bilieux qui deviennent mélancoliques. Il faut cependant que la bile ait dégénéré ; or elle dégénère aisément lorsqu'il s'est fait des obstructions dans la rate et que le sang qui passe par ce viscère ne peut pas s'y purifier ; je l'ai déjà observé, il reste dense, épais, il le devient encore de plus en plus par le désordre des digestions ; car la bile étant viciée, elles ne peuvent être qu'imparfaites. Un tel sang irrite les fibres du plexus du bas ventre, ceux-ci communiquent non seulement entre eux, mais encore avec ceux de la poitrine et avec toutes les parties du corps ; cela fait que les symptômes des femmes vaporeuses et des hommes hypocondriaques sont le plus souvent généraux, même lorsqu'ils paraissent être particuliers. J'ai vu du sang des hypocondriaques tellement épais et gluant, qu'après être sorti de la veine et reposé pendant quelque temps, on n'y distinguait pas le moindre sérosité. On ne doit pas être surpris, si les femmes qui ont des obstructions de la rate sont vaporeuses, puisque les hommes le deviennent dès qu'ils ont ce viscère affecté d'engorgement ; la délicatesse naturelle des fibres des femmes doit encore les rendre plus susceptibles que les hommes de ces accidents ; il semble que la nature veuille les punir d'une faute dont elles ne sont pas coupables. Il est des hommes qui mériteraient seuls cette punition, ces accidents leur surviennent souvent après les débauches, des excès de tous genres, des épuisements... Il est très ordinaire que les gens de lettres soient attaqués de ces maladies : c'est un effet de leur émulation et de leur zèle pour

le bien du public ; comment se peut-il que des vertus si rares leur rendent la vie si dégoûtante ? » (1).

Il est à noter que dans ce passage Raulin parle du « *sang qui irrite les plexus du bas-ventre* ».

Si sujette à la critique que paraisse la théorie des humeurs et la conception de la mélancolie qui en découle, elle eut cependant un grand mérite. C'est de préciser l'intermédiaire entre les viscères et le système nerveux central, le *système vago-sympathique* que Winslow et les anatomistes du temps commençaient à étudier. Des auteurs modernes qui se sont occupés de l'étude des troubles du système nerveux de la vie végétative, ont reconnu dans la description des affections vaporeuses l'essentiel des syndromes vagotonique et sympathicotonique.

Par ailleurs, les anatomistes du 18^e siècle ont ajouté de nouvelles précisions à l'étude de la vésicule biliaire. Ils insistent sur la disposition de ses membranes et remarquent qu'elle varie de volume suivant que le sujet est plus ou moins bilieux. Pour **Dionis** (2) il existe deux sortes de bile : « l'une subtile, qui est portée par les conduits biliaires dans la vésicule, qui se dégorge ensuite dans les intestins, et l'autre qui est grossière, laquelle ayant été séparée par les glandes du foie qui sont aux extrémités des rameaux de la veine porte est portée par de petits canaux dans le cholédoque et de là dans le canal commun où l'une et l'autre se rencontrent et vont de compagnie se rendre dans les boyaux ». On pourrait à première vue croire que Dionis connaissait la bile A et la bile B. En réalité pour lui, la bile vésiculaire est la plus subtile, la bile hépatique la plus grossière.

La bile n'est plus un excrément comme le pensait les disciples de Galien, mais « une liqueur nécessaire, sans laquelle le chyle ne pourrait jamais acquérir le degré de perfection, dont il a besoin pour devenir sang ».

Les anatomistes raillent volontiers la conception d'une humeur mélancolique à cause de son imprécision : ils se demandent où est la cavité particulière pour recevoir cette humeur. Néanmoins, bien qu'ils ne trouvent pas dans la rate les glandes qui pourraient filtrer une liqueur et la séparer du sang, ils pensent que

1) Raulin — Traité des affections vaporeuses. Chap. X. Obstructions de la rate.

2) Dionis — Anatomie de l'homme, 1715.

cet organe a pour fonction de préparer le sang à la séparation de la bile dans le foie.

En somme, l'atrabile en est à son déclin, au siècle suivant, elle disparaîtra même de la nomenclature médicale.

PÉRIODE MODERNE

Le dix-neuvième siècle en effet, voit le triomphe de la médecine expérimentale.

Les théories des tempéraments et des humeurs sont très sérieusement révoquées. En 1843, **Cabanis** (1) écrivait : « On a reformé fortement en doute cette dominante de certaines humeurs dans les différentes constitutions : on est allé même jusqu'à nier l'existence de l'une de ces humeurs dont l'anatomie n'a jamais pu découvrir la source, et qui ne se montrant que dans les états de maladie semble être plutôt le résultat d'une dégénération qu'une production régulière de la nature ». Désormais on ne parlera plus de l'atrabile, c'est une pièce démonétisée, un terme de médecine ancienne.

Cependant l'étude de la mélancolie avait fait des progrès considérables. Nous éviterons cet écueil de faire un historique de la mélancolie. Mais il nous paraît nécessaire au moins de citer les auteurs suivants auxquels nous devons les meilleures études sur cette affection : *Esquirol, Baillarger, Foville fils, Lasèque, Morel, Magnan, Régis, Ballel, Cotard, Seglas, Joffroy, Sérieux, Capgras, Toulouse, Roubinovitch*, en Allemagne *Krafft-Ehling, Schule, Kraepelin* par leurs travaux permettent de définir avec précision la mélancolie. On la dissocie de syndromes voisins avec lesquels elle avait été longtemps confondue. On décrit des formes cliniques nouvelles : folie à double forme — mélancolie stuporeuse — syndrome de Cotard. Certains font une distinction formelle entre la *mélancolie essentielle* ou *mélancolie pure* et les *états mélancoliques* ou *mélancolie symptomatique*. Pour d'autres, la mélancolie est toujours un état symptomatique qui apparaît au cours d'affections plus ou moins bien déterminées. On s'est alors attaché à trouver les causes de la mélancolie dans les affections organiques les plus diverses : les affections mentales, démence précoce, paralysie générale — l'artério-sclérose — l'involution sénile — les

1) P.J.B. Cabanis — Rapports du physique et du moral de l'homme, 1843.

intoxications hétérogènes et endogènes, en particulier l'urémie — les maladies infectieuses. L'appareil digestif n'a pas manqué d'être incriminé. Mais ce sont surtout les affections du foie et des voies biliaires qui ont suscité de nombreux travaux.

Dès 1821, **Delay** et **Foville** notent la coïncidence chez une femme de crises de mélancolie et de poussées d'ictère. Depuis **Hammond** (1880), **Raphély** (1889), **Chairrin** (1892), **Régis** (1893), **Klippel** (1892-1893 et 1894), **Joffroy** (1896), **Kischkine** (1896), **Cullere** (1898), **Faure** (1900), **Vigouroux** et **Juquelier** (1902) notent la coïncidence de troubles mentaux à tendance mélancolique au cours de cirrhose hépatique, d'abcès du foie, de lithiasse biliaire, d'ictères aiguës ou chroniques. On parle d'*hépatotoxémie nerveuse*, d'*hépalisme* et *psychoses*. Tous ces travaux sont repris et développés dans plusieurs communications que **Gilbert**, **Lereboullet** et **Collolian** font en 1903 à la Société médicale des Hopitaux de Paris sur la *neurasthénie biliaire* et *l'origine biliaire de la mélancolie*. Les auteurs incriminent surtout à l'origine de la mélancolie la *cholémie* qu'ils mettent en évidence, chez des petits mélancoliques et des aliénés, par la recherche des signes cliniques de cholémie et des signes chimiques : étude de la réaction du Gmelin dans le sérum. Cette réaction n'est d'ailleurs pas toujours très accentuée. « Les observations que nous venons de rapporter, disent ces auteurs, ont établi clairement que les affections biliaires et surtout la cholémie simple ont un rapport de cause à effet avec la mélancolie. Il est actuellement difficile d'aller plus loin et d'affirmer que c'est la cholémie elle-même qui intervient dans la production des troubles mélancoliques. Cette hypothèse semble pourtant la plus vraisemblable, si surtout l'on rapproche les cas de mélancolie de ceux de neurasthénie biliaire, et de l'état mental observé chez la plupart des cholémiques. Nos constatations ont montré qu'il n'y avait pas entre les trois ordres de fait de limites tranchées et qu'il existait au contraire entre eux des séries de transitions. Ils ont donc vraisemblablement une pathogénie commune et c'est la présence de la bile dans le sang qu'il faut surtout incriminer... Toutefois si la cholémie chronique intervient vraisemblablement de manière essentielle dans la production de la mélancolie, il est certain qu'à côté des troubles mentaux il existe d'autres symptômes qui sont dûs non à la cholémie mais aux autres facteurs pathogéniques que nous avons maintes fois invoqués : toxo-infection d'origine biliaire, hypertension portale et troubles fonctionnels

du foie. Une part pourrait être faite sans doute dans la production des symptômes aux lésions des autres organes simultanément infectés (appendice, pancréas, etc) puisque l'infection biliaire n'est le plus souvent pas la seule infection réalisée chez ces sujets ».

Tous les auteurs que nous venons de citer ont eu ce grand mérite : d'avoir tenté d'établir d'une façon précise les rapports de la mélancolie et des affections hépato-biliaires. Ils ont, la plupart, résolu d'étayer leurs observations cliniques sur des bases physiologiques, sur des analyses chimiques : recherche des sels et des pigments biliaires dans les urines, de l'acétonurie, de l'acide glycorunique, ou mieux comme l'ont fait M. Gilbert et ses élèves, recherche des pigments biliaires dans le sang.

A cette époque les moyens d'investigation ne permettaient pas de dissocier, dans le groupe un peu confus des insuffisances hépatiques, l'insuffisance de la cellule hépatique : insuffisance fondamentale et les troubles de l'excrétion : insuffisance vésiculaire — atonie vésiculaire comme nous disons. Les travaux modernes, auxquels M. Chiray et ses collaborateurs ont apporté leur part, ont permis cette distinction. Il semble même qu'un grand nombre de caractères attribués à la cholémie familiale doive être plutôt rapporté à l'insuffisance vésiculaire, c'est-à-dire plutôt à un trouble d'excrétion vésiculaire qu'à un trouble de la fonction de la cellule hépatique.

Mais cette notion d'une mélancolie par insuffisance hépatique va primer pendant quelques années encore. On la retrouve dans les principaux traités de psychiatrie, dans les monographies importantes sur la mélancolie. **Jacobs** en 1908 fait sa thèse sur les troubles hépatiques dans la mélancolie ».

En 1911, cependant, MM **Hammard** et **Sargeant** reprennent l'étude de la cholémie et des états mentaux dépressifs en recherchant la réaction de Hayem (action de l'acide nitrique vitreux) dans le sérum sanguin d'une trentaine d'aliénés. Ils arrivent à cette conclusion que les accès de mélancolie typique ne semblent pas devoir être rattachés à la cholémie, mais que la cholémie accompagne fréquemment les états mentaux dépressifs. En somme la cholémie apparaît plutôt comme un effet que comme une cause.

Plus récemment encore, M. le professeur **Gelma** (1925) consacre un important article aux troubles mentaux et affections du système nerveux liés aux affections du foie et particulièrement à l'insuffisance de la cellule hépatique. Il conclut qu'on n'a « au-

cune raison sérieuse d'établir un lien entre la mélancolie endogène ou psychogène et l'auto-intoxication de cause hépatique ». Il remarque que la mélancolie succède souvent à un choc émotif. On sait le rôle de l'émotion dans la sécrétion adrénalinique, l'action de cette sécrétion produisant le même effet qu'une excitation du sympathique. Les troubles coenesthésiques de la mélancolie semblent pour cet auteur pouvoir être rattachés à des altérations fonctionnelles dans le système sympathique, elles-mêmes conditionnées par un brusque déversement d'adrénaline dans le torrent circulatoire. Il convient de remarquer que la tendance actuelle est de considérer les mélancoliques plutôt comme des vagotoniques. En particulier l'administration d'adrénaline par voie sous-cutanée reste chez eux sans effet. L'hypothèse de M. Gelma a du moins le mérite d'accorder à un trouble du système neuro-végétatif une importance capitale dans la genèse de la mélancolie.

La psychologie du biliaire fait encore l'objet d'une intéressante étude de M. **G. Parturier** (1926). La dépression physique et intellectuelle, les troubles du sommeil y sont particulièrement bien mis en évidence. Recherchant le réflexe oculo-cardiaque à plusieurs reprises au cours de la journée, il note que chez ces malades vagotoniques au réveil, ce réflexe s'inverse dans le courant de la journée et dénote particulièrement au moment de la dépression post-prandiale un état sympathicotonique.

A notre avis M. G. Parturier n'insiste peut-être pas suffisamment sur le rôle du vagotonisme dans la détermination des troubles psychiques des biliaires. Nous croyons même qu'il n'y a pas lieu de considérer sur un même plan la psychologie de tous les biliaires. L'état d'esprit d'un lithiasique n'est pas le même que celui d'un atonique vésiculaire. Les périodes de dépression alternent souvent chez le lithiasique avec des états d'excitation, de sympathicotonie. L'anxiété, l'énervement sont plus marqués chez les lithiasiques. Lorsqu'il existe un état de dépression, il est secondaire aux poussées douloureuses et infectieuses.

Dans l'atonie vésiculaire, au contraire, la vagotonie domine : c'est le syndrome primitif. Elle détermine, et la dépression mentale, et la dépression vésiculaire. L'atonie vésiculaire est, si l'on veut, une modalité organique de la vagotonie. Si parallèlement à elle se développe un état de dépression mélancolique, c'est encore la vagotonie qui doit être mise en cause — la dépression mé-

lancolique étant un autre élément du grand syndrome : vagotonie.

Cette notion de l'origine vagotonique de la mélancolie ne nous est pas particulière. Elle se rattache en partie aux conceptions du professeur **Claude** et de son école. Le syndrome biologique de la mélancolie a fait au cours de ces dernières années l'objet d'importantes études de MM. **Targowla**, **Santenoi**, **Aubel**, Mlles **Badonnel**, **Serin**, MM. **H. Daussy**, **J. Dubar**, **A. Ombredane**, **G. Medakovitch**. Ces travaux ont été récemment condensés dans une revue d'ensemble de M. **Targowla** et **Lamache**. Le syndrome organique des états dépressifs se caractérise essentiellement par un processus d'inhibition des échanges. Les divers métabolismes sont ralentis : métabolisme basal, de l'eau, des hydrates, de carbone, de l'urée. Il faut noter, fait important en ce qui concerne notre sujet, l'hypercholestérolémie des mélancoliques qui varie de 1g80 à 3 gr, et disparaît lors de la guérison. Surtout, « l'excitabilité neuro végétative est nulle ou presque nulle comme le montrent le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe solaire, l'ensemble des tests pharmacodynamiques et endocriniens ».

Nos conceptions, bien que partant d'un point de vue très différent et tout particulier, se rapprochent de celles de l'Ecole psychiatrique moderne. Nous sommes heureux d'avoir pu apporter notre modeste pierre pour aider à bâtir l'édifice de la mélancolie.

Dans ce chemin long et tortueux qui nous a mené vers notre hypothèse, il semble que nous ayons abandonné la bile noire. On ne peut plus la placer, comme le faisaient les Anciens, à l'origine de la mélancolie, et sans doute, il ne s'agit plus de la même bile noire. Symptôme de stase vésiculaire, symptôme important il doit nous inciter à rechercher au delà d'un état de dysfonctionnement du cholécyste, des troubles d'un ordre plus général.

Mais dans ce modeste domaine des états mélancoliques de l'atonie vésiculaire et de la bile noire, il nous paraît pour le moins étonnant de retrouver comme prédécesseurs — et prédécesseurs presque immédiats : Hippocrate qui parle le premier de bile noire et Galien qui parle le premier d'atonie vésiculaire.

Méthode de Travail

*Patience et longueur de temps
Font plus que forcé et que rage.*

La Fontaine.

Les malades que nous avons examinés sont de deux ordres. Les uns ressortissent de la *consultation des maladies du tube digestif organisée à l'hospice de la Rochefoucauld* par notre maître le Dr. Chiray. Ils sont venus consulter pour des troubles digestifs que des examens complets ont permis d'attribuer à l'atonie vésiculaire. 12 observations ont été réunies, elles sont relatées à la fin de ce travail.

D'autres — moins nombreux — sont hospitalisés ou plutôt internés à l'*Asile Sainte-Anne*. De ces grands mélancoliques nous n'avons que 5 observations. Ce n'est pas que les malades qui nous ont été présentés étaient en nombre insuffisant. Mais la plupart ont opposé au tubage duodénal la résistance la plus obstinée. De ce fait, nos conclusions seront peut-être moins générales que nous l'avions espéré. Les observations des petits mélancoliques de la consultation de l'hospice de La Rochefoucauld ont cependant un grand intérêt et nous paraissent justifier amplement notre travail.

L'étude de chacun de nos malades comprend trois étapes :

- un examen clinique
- un tubage duodénal avec épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée,
- une radiographie de la vésicule biliaire.

Pour les malades de Saint-Anne, les observations ont été prises et aimablement communiquées par les collaborateurs du professeur **Claude** et des docteurs **Sérieux** et **Trenel**.

Pour les malades de La Rochefoucauld nous nous sommes attaché à faire des examens cliniques aussi approfondis que possible tant au point de vue digestif qu'au point de vue mental.

L'interrogatoire a porté plus particulièrement sur certains points :

la date d'apparition respective des troubles digestifs et des troubles psychiques ;

leur précession par une émotion, une maladie provoquant un choc moral plus ou moins important.

Chacun des troubles digestifs a été analysé avec minutie pour établir ce qui revenait à tel ou tel organe : vésicule biliaire — estomac — intestin. Il était d'ailleurs important de constater s'il y avait parallèlement à l'atonie vésiculaire une atonie généralisée des organes du tube digestif.

Les différents symptômes de la mélancolie — tristesse morbide douloureuse — ralentissement de l'idéation — dépression physique — anxiété, ont été étudiés avec soin.

Nous avons cherché à déterminer ceux qui se rencontraient avec le plus de fréquence dans l'atonie vésiculaire. Nous nous sommes arrêté aussi à l'étude de certains signes plus accessoires tels que la céphalée et l'insomnie.

L'examen psychiatrique a toujours été complété par un examen neurologique. Les troubles du système nerveux de la vie végétative ont surtout attiré notre attention. Ils constituent une des bases du diagnostic clinique d'atonie vésiculaire.

Ce diagnostic posé, il fallait en faire la preuve par les méthodes nouvelles d'exploration vésiculaire.

La seconde étape de l'examen a donc été un tubage duodéal avec épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée. Nous n'insisterons pas sur la technique du tubage duodéal. Elle a été précisée, et dans tous ses détails, par les travaux du Dr Chiray et ses collaborateurs Miloshevitch et Pavel qui ont grandement contribué à vulgariser en France cette méthode d'examen. Nous voulons cependant mettre en relief quelques points pratiques qui bien que de détail contribuent pour une grande part au succès de l'examen.

La sonde duodénale en place alors que la première bile claire, la bile A afflue on a coutume pour provoquer une excrétion vésiculaire d'injecter par cette sonde 20 à 30 cmc. d'une solution de sulfate de magnésie à 30% préalablement filtrée et portée à 37°, c'est la *solution de Meltzer-Lyon*. C'est un bon cholecystokynétique. Dans les cas habituels quinze à trente minutes après l'injection on récolte une bile B, bile vésiculaire plus riche en pigments biliaires, plus sombre, mais limpide, transparente. En cas d'atonie vésiculaire la solution de sulfate de magnésie agit beaucoup moins bien. Avec elle, on peut ne pas avoir de réponse vésiculaire, ou bien cette réponse est très retardée, ou encore on retire une bile B normale et non la bile qu'on attend, la bile noire, épaisse, indice d'une stase vésiculaire. Il faut pour faire se contracter ces vésicules flasques aux parois atones un excitant plus énergique. **L'huile d'olive**, préconisée il y a quelques années par les auteurs allemands semble répondre à ce desiderata. Nous injectons dans la sonde 20 à 40 cmc. d'une huile d'olive de bonne qualité, chauffée à 37°. L'injection est faite au moyen d'une seringue de 20 cmc., en poussant l'huile avec douceur et lentement pour ne pas distendre le duodénum. Nous conseillons d'employer la sonde de Einhorn en caoutchouc pur. Les sondes en caoutchouc plombifère sont rapidement détériorées par l'huile chaude.

Les résultats de cette technique nous ont toujours semblé satisfaisants. Dans deux cas (obs. 9 et 11) où nous avons employé le sulfate de magnésie sans résultat, l'injection d'huile d'olive a ramené rapidement un afflux de bile noire.

L'huile d'olive a encore cet avantage d'avoir une action plus douce sur la muqueuse intestinale. On observe moins fréquemment avec elle, les crises de colite que provoque parfois l'injection de sulfate de magnésie.

L'huile d'olive a par contre, un grand inconvénient. Elle gêne les analyses chimiques. Aussi ne s'étonnera-t-on pas de trouver peu de résultats d'analyse à propos de nos tubages duodénaux. Les caractères macroscopiques de la bile : coloration noire, viscosité, opacité, hyperconcentration, suffisent d'ailleurs à faire porter le diagnostic d'atonie vésiculaire.

Le tubage duodéal pratiqué chez nos malades de l'hospice de La Rochefoucauld, abstraction faite des petites difficultés inhérentes à tout tubage, a toujours été bien supporté.

Il n'en a pas été de même pour les grands mélancoliques de Sainte-Anne.

« Il ne faut pas perdre de vue, écrit M. Chiray, dans son gros ouvrage sur la *Vésicule biliaire*, que dans cette opération le sujet est un collaborateur et que le succès dépend non seulement de sa bonne volonté vis-à-vis de l'épreuve, mais encore de l'absence d'émotion. Dans cet ordre d'idée, il est pour ainsi dire indispensable de pratiquer le tubage dans une pièce isolée, surtout quand il s'agit de femmes. Après que le tube a franchi l'isthme du pharynx, on compte de trois quarts d'heure à une heure et demie pour que l'olive arrive dans le duodénum. Evidemment c'est pour le médecin une sujétion de rester en surveillance constante pendant ce temps. Mais si l'on s'éloigne un peu les patients retirent le tube et expliquent ensuite qu'ils l'ont vomi, si bien qu'en pratique l'on réussit rarement à atteindre le duodénum si on ne surveille pas l'opération soi-même et de bout en bout ».

Ces recommandations sont loin d'être superflues, d'autant plus qu'il s'agit de sujets aliénés. On nous avait présenté une vingtaine de malades. Le plus grand nombre d'entre eux a opposé au tubage duodénal une résistance obstinée. Ils serraient les dents, mordaient la sonde, se débattaient énergiquement. Il nous a toujours répugné d'employer la force qui n'aurait d'ailleurs pu réussir à faire franchir au tube le pylore. La seule fois où nous avons fait maintenir une malade, le tubage a échoué — il ne pouvait qu'échouer. La douceur est la condition essentielle de la bonne réussite de cet examen.

D'autres fois, le sujet a consenti à avaler la sonde sur une certaine longueur, et malgré notre dialectique la plus persuasive, il a refusé d'exécuter les mouvements de succion nécessaires pour faire progresser la sonde de quelques centimètres.

Il est arrivé que la sonde fut bien en place. Mais après l'injection d'huile chaude nous n'avons pu retirer la bile B, le sujet ayant coincé la sonde entre ses dents.

Par deux fois, profitant d'un instant d'inattention, des malades ont retiré vivement la sonde prétextant l'avoir vomie.

Une tentative de tubage duodénale par la voie nasale faite avec M. Yazmadjian, interne des asiles, n'a pas réussi. La sonde est trop molle pour permettre de pousser l'olive d'acier.

En trois mois nous n'avons pu pratiquer le tubage duodénal

que chez cinq malades. Chaque examen comportant un premier tubage, et un tubage de contrôle; parfois trois tubages, sans compter les tubages d'essais infructueux.

Une malade prenait facilement la sonde : elle croyait que c'était un moyen de suicide.

Même alors, tandis que le tubage semblait facilité par une certaine bonne volonté du sujet, notre surveillance devait être constante, étroite, pour éviter tout incident. Et de rester parfois, plus de cinq heures, auprès d'une mélancolique délirante à la persuader, à la rassurer, notre patience a été mise à une rude épreuve.

— La troisième étape de l'examen comprend une radiographie de la vésicule biliaire, une cholécystographie.

Des raisons d'ordre administratif et pratique n'ont pas permis de faire cet examen aux malades de Sainte-Anne.

Quant aux malades de La Rochefoucauld, ils possèdent pour la plupart des clichés radiographiques de la vésicule biliaire. L'examen a été pratiqué par le **Dr. Lomon**, radiologiste des hôpitaux dont on connaît la grande compétence en la matière. Pour opacifier la vésicule biliaire, il emploie, comme il est d'usage, la tétraiodphénolphtaléine. La veille, au cours du repas du soir, qui doit être riche en graisse, le sujet absorbe quatre cachets d'un gramme de tétraïode. Il est nécessaire d'avoir un appareillage permettant des radiographies très rapides au dixième de seconde, dans toutes les positions — horizontale, verticale, — ce qui a une certaine importance dans le cas d'atonie vésiculaire. Enfin, le contrôle radioscopique facilite la radiographie. Il nous faut signaler à ce sujet l'appareil de Lomon-Drault qui rend possible la prise facile et rapide de radiographies au cours de la radioscopie.

Telle a été notre méthode de travail. Il nous reste maintenant à exposer les résultats pratiques et théoriques qu'elle nous a permis d'acquérir.

Les signes digestifs de l'atonie vésiculaire

«Hypocondres de tous les diables, s'écria Panurge...»

Rabelais. Tiers Livre.

Le but principal de cette étude est de montrer les rapports des états mélancoliques et de l'atonie vésiculaire. C'est un but restrictif. Il semble ne pas nous permettre d'embrasser toute la question de l'atonie vésiculaire. Il nous limite à sa symptomatologie mentale.

Pourtant il est nécessaire d'insister un instant sur les signes digestifs de cette affection. Ce sont ces signes qui mettent sur la voie d'un diagnostic souvent délicat. Et surtout, certains d'entre eux, par leur cachet particulier, incitent à rechercher un état névropathique : ce sont les signes de vagotonie digestive.

Il y a lieu, en effet, de décrire à l'atonie vésiculaire deux ordes de signes digestifs :

les signes biliaires,

les signes de vagotonie digestive.

LES SIGNES BILIAIRES DE L'ATONIE VÉSICULAIRE.

— Les signes biliaires de l'atonie vésiculaire ont été décrits en 1925 par notre Maître M. Chiray et ses collaborateurs Pavel et Milochevitch. Ils ont été repris récemment par M. Noël Fiessinger dans un article sur la « Stagnation biliaire intravésiculaire », qui est un autre nom que cet auteur donne à la stase vésiculaire.

Aussi, ces signes ne nous retiendront pas longtemps. Nous insisterons cependant sur ceux qui nous semblent les plus marquants — en faisant état à leur sujet des remarques qu'ont pu nous suggérer quelques nouvelles observations.

Parmi les signes fonctionnels : la douleur spontanée vésicu-

laire n'est pas un signe constant. Elle n'existe que quatre fois sur douze observations. Elle est d'ailleurs épisodique.

C'est une pesanteur, une impression de lourdeur dans l'hypocondre droit survenant après le repas (obs. 4 et 6) ou lorsque le sujet se déplace. « Je sens alors ma vésicule », dit une malade. (obs. 4).

Parfois cette gêne douloureuse peut aller jusqu'à déterminer un état de défense des muscles du quadrant supérieur droit de l'abdomen qui gênera l'exploration (obs. 1).

Enfin, peuvent survenir de vraies crises de colique hépatique — si l'on entend sous ce nom ce qu'elles sont en réalité : des crises de colique vésiculaire — accompagnées ou non de vomissements et d'ictère, nécessitant par leur intensité et leur durée l'emploi de la morphine (obs. 1 et 2).

Un fait important à noter, c'est le *rôle de l'émotion* dans le déclenchement des douleurs. Un vif chagrin détermine une crise de colique hépatique (obs. 1). Il suffit d'une contrariété pour qu'apparaisse à nouveau la gêne douloureuse de l'hypocondre droit que le traitement avait fait céder. (obs. 2).

L'anorexie n'est pas non plus constante.

Un certain nombre de nos malades ont conservé leur appétit. Ils mangent beaucoup et souvent mal, à des heures variables, très rapidement. Du fait de leurs soucis, ils suivent une hygiène alimentaire déplorable, ils deviennent tachyphagiques.

D'autres ont, au contraire, une anorexie très marquée.

Elle peut n'exister qu'au moment des périodes douloureuses. Le plus souvent elle est permanente. Dès le début de la maladie, le sujet a perdu l'appétit. Il se met à table sans plaisir et sans conviction. Cette anorexie est globale, portant sur tous les aliments. Une seule fois elle était élective pour les aliments gras. (obs. 4).

Un des signes les plus caractéristiques c'est l'**état nauséeux**. Un malade sur deux s'en plaint (os. 1, 3, 4, 8, 10, 11). C'est un dégoût insurmontable qui peut exister dès le matin au réveil alors que le sujet est encore à jeun. Il peut survenir après le petit déjeuner et persister jusqu'au repas de midi, parfois toute la journée. Rien n'est plus pénible que cet écœurement perpétuel si difficile d'ailleurs à soulager. Le sujet sent sa bouche mauvaise, empâtée. Sa langue est recouverte d'un enduit saburral épais. Et surtout, il présente cet autre signe très important, que nous croyons ca-

ractéristique de ces états de dyspepsie biliaire : une **sensation d'amertume de la bouche**, un **goût de bile** qui n'est pas étranger à l'état de nausée, mais peut exister aussi isolément. C'est le matin à jeun qu'il survient plus fréquemment, mais aussi à tous moments dans la journée. Nous insisterons déjà sur ce caractère qu'il présente de résister longtemps, plus que tous les autres symptômes, à tout traitement, même au tubage duodénal.

Parfois peuvent survenir des **régurgitations biliaires** (obs. 8) ou de **grands vomissements électifs de bile** (obs. 3 et 8), bile qui peut être épaisse, presque noirâtre.

La migraine biliaire telle que l'ont décrite MM. Chiray et Triboulet n'existe que dans deux observations (obs. 4 et 7). Dans deux autres cas (obs. 3 et 6) il s'agit d'une céphalée peu caractéristique à qui nous ne pouvons donner le nom de migraine.

Un trouble d'ordre général doit retenir notre attention : c'est l'**amaigrissement**. Il est presque constant. Il fait une grande impression sur l'esprit des malades. Il est très marqué. Il varie de 1 à 3 kg. par mois. En trois ans, depuis le début de ses troubles, une de nos malades a perdu 20 kg.

Il semble résulter en partie, de la restriction alimentaire. Cette restriction dépend de l'anorexie. Elle est aussi volontaire : les malades se retiennent de manger de peur de provoquer leurs douleurs ou leurs nausées.

L'amaigrissement doit dépendre aussi de la carence biliaire relative qui empêche une bonne digestion des aliments, et peut-être d'un trouble plus profond de l'assimilation, d'un trouble de métabolisme, ce qui n'est pas pour étonner chez ces sujets vagotoniques.

Les signes vésiculaires fournis par *l'examen physique* sont peu nombreux. Ils ont leur importance.

On peut après une crise douloureuse vésiculaire constater l'existence d'un **ictère** franc.

Ce qui est plus fréquent c'est un **subictère** colorant, d'une teinte jaune clair souvent assez atténuée les conjonctives, le pourtour des lèvres et des narines, la paroi abdominale. Ces sujets ont une teinte cholémique des téguments. Il semble même probable que ces cholémiques dont MM. Gilbert, Lereboullet et Colollian avaient autrefois étudié les troubles mélancoliques devaient en grande partie être atteints d'atonie vésiculaire ou de cholécystite

non lithiasique. L'exploration physique permet rarement de palper la vésicule biliaire. Jamais nous n'avons pu la sentir chez nos douze malades. En tout cas elle révèle un signe de la plus grande valeur : **le point douloureux vésiculaire**. On peut le rechercher suivant les procédés classiques de Gilbert, de Chauffard, de Mathieu, de Glenard.

A la consultation de l'hospice de La Rochefoucauld nous avons l'habitude de mettre le malade dans le décubitus latéral gauche fortement incliné, c'est-à-dire avec tendance au décubitus ventral. Le sujet est en outre dans la position dite en chien de fusil. Ce procédé décrit par MM. Chiray et Pavel permet un relâchement complet des muscles abdominaux et réalise mieux le contact de la vésicule et de la paroi. On peut ensuite faire une palpation de contrôle en examinant le malade dans le décubitus dorsal.

Depuis peu de temps M. Chiray emploie un nouveau procédé. Il recherche la douleur vésiculaire, le malade étant assis et incliné en avant, flaccide, les muscles de la paroi abdominale en état de relâchement absolu. On localise encore mieux le point douloureux vésiculaire, on le différencie des points voisins : duodénal, pylorique qui peuvent prêter à erreur.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce point douloureux vésiculaire. Il est constant : on le retrouve dans toutes nos observations. Il ne faut peut-être pas toujours le rechercher trop haut. Chez une de nos malades (obs. 1), il n'existait pas de point douloureux sous costal, mais à mi-distance de l'ombilic et du rebord costal droit il y avait un point douloureux. La radiographie en nous montrant ultérieurement une vésicule très plosée faisait penser que ce point devait vraisemblablement correspondre à la vésicule.

Dans tous les cas, avant même qu'on ait pu faire les examens paracliniques : tubage duodénal, cholecystographie, ce point douloureux nous oriente nettement vers l'idée d'une affection vésiculaire. Il vient compléter, corroborer les autres signes biliaires. Mais bien plus, il peut être isolé. C'est le seul signe vésiculaire — le seul point d'orientation vers l'atonie vésiculaire au milieu d'un tableau de vagotonie digestive.

LES SIGNES DE VAGOTONIE DIGESTIVE. — Les signes de vagotonie digestive nous retiendront assez longtemps, en rai-

son de leur importance pratique, et aussi de leur importance théorique. Ils nous permettront de mieux comprendre la genèse des différents troubles qui accompagnent l'atonie vésiculaire.

Ils sont très fréquents, et souvent les premiers en date. Ils attirent seuls l'attention. C'est pour eux que le malade vient consulter. Ils sont doublement trompeurs : d'une part, ils masquent l'atonie vésiculaire, d'autre part, on les attribue à une affection organique de l'estomac ou de l'intestin. Il faut savoir les interpréter, et se faire une règle, en présence d'un syndrome digestif vagotonique de rechercher les signes biliaires d'atonie vésiculaire.

On a coutume de diviser ces signes de vagotonie en signes gastriques et en signes intestinaux. Très souvent chez un même malade, ces signes sont intriqués réalisant des syndromes mixtes.

— **Les syndromes fonctionnels neuro végétatifs gastriques** se comprennent facilement si l'on se rappelle l'action du pneumogastrique sur l'estomac. Ceux que nous avons observés sont de deux ordres : des syndromes douloureux, des syndromes d'aérophagie.

Les syndromes douloureux se retrouvent dans huit observations (obs. 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 12).

Les douleurs gastriques sont quotidiennes ou paroxystiques, par crises.

Elles surviennent immédiatement après le repas, rarement elles sont tardives (obs. 9). C'est une sensation de poids, de lourdeur gastrique. L'estomac paraît complètement plein. Les aliments ne peuvent pas passer. Cette sensation persiste plus ou moins longtemps, parfois jusqu'au plus prochain repas. Elle peut être calmée par la prise d'aliments ou de sels alcalins.

Elle s'accompagne de signes d'hyperchlorhydrie : brûlures retro-sternales, renvois acides agaçant les dents.

Nous n'avons pas noté de vomissements alimentaires ni d'hémathémèse.

Par contre, il existe une série de troubles à distance qui relèvent probablement de réflexes organo-végétatifs : congestion du visage, refroidissement des extrémités, vertiges, sueurs, frissons.

Dans un cas (obs. 9) les douleurs survenant par crises espacées revêtaient un caractère transfixiant avec irradiation dans le dos. On a pu penser de prime abord à la possibilité d'un ulcère de l'estomac.

Les syndromes douloureux relèvent probablement d'un ré-

flexe, d'un spasme pylorique. Ce sont des syndromes pyloriques frustes. A la longue, les spasmes se répétant, il s'ensuit une stase gastrique et secondairement une *dislocation verticale de l'estomac avec atonie*. L'amaigrissement — sur les raisons duquel nous avons déjà insisté — vient favoriser cette gastrectasie. Nous n'insisterons pas sur ses signes cliniques (sonorité gastrique sous-ombilicale, clapotage à jeun) et radiologiques. Elle est en tout cas une conséquence fréquente de la vagotonie digestive.

Le syndrome d'aérophagie existait dans quatre cas (obs. 5, 7, 10, 11). Ces malades avaient de la sialorrhée, des éructations en série, leur poche à air gastrique était très élevée et très sonore. Un de ces malades dont l'observation est très intéressante à de multiples points de vue, était venu consulter pour des crises impressionnantes qui duraient de 20 à 40 minutes. Outre les réflexes gastriques, chaque crise mettait en jeu une série de réflexes organo-végétatifs : cardiaques, respiratoires, vaso moteurs, urinaires. Brusquement, en pleine tranquillité, le sujet est pris d'une sensation de malaise, de « chavirement intérieur ». L'angoisse apparaît, augmente avec la crainte d'un dénouement fatal. Le sujet se déplace, s'agite, sa respiration est courte, son pouls est tachyarythmique. Après 15 à 40 minutes, la crise cesse brusquement, la fin étant annoncée par un tremblement généralisé, des bâillements, des éructations répétées, une émission très abondante d'urine incolore. Dans l'intervalle de ces crises, ce malade présentait un syndrome mélancolique très net. Le tubage duodénal a révélé chez lui une stase vésiculaire typique, et la méthode des drainages a fait cesser et ces crises angoissantes et l'état mélancolique.

— A côté de ces signes de vagotonie gastrique, **Les signes de vagotonie intestinale** peuvent attirer les premiers l'attention.

Nous n'avons noté qu'un seul cas d'*entérite mucomembraneuse* (obs. 4).

Par contre, la **constipation** est beaucoup plus fréquente. La moitié de nos malades sont des constipés chroniques. C'est une constipation de longue date, apparue dès l'enfance. Elle dure 3, 4 jours. L'émission des selles s'accompagne d'éblouissements, de vertiges, de syncopes. Parfois survient une débâcle diarrhéique. Pour la traiter, les malades épuisent toute la gamme des laxatifs et des purgatifs. L'un d'eux, (obs. 7), dont la consti-

pation était le mal dominant, a remarqué que le sulfate de magnésie, dont on sait l'action cholécystokinétique, était le médicament le plus actif. Bien mieux, nous avons fait céder cette constipation en lui faisant chaque matin deux cuillerées à soupe d'huile d'olive.

A l'origine de cette constipation, il faut reconnaître le rôle du *spasme*. Ce spasme se traduit parfois par des douleurs plus ou moins vives. L'examen physique permet de sentir un colon gauche contracté, en boudin.

Il faut aussi retenir le rôle de l'*atonie*. Dans deux cas (obs. 1 et 12), nous avons fait pratiquer un examen radiologique qui a montré une ptose colique nette. Spasme et atonie coexistent d'ailleurs chez le même malade. Ce qui inquiète le plus une de ces ptosiques intestinales (obs. 1) ce sont des douleurs sourdes presque permanentes sur le trajet du cadre colique.

Remarquons que deux de nos malades (obs. 1 et 4) ont été opérées d'appendicite chronique. L'une d'elles seulement a eu connaissance du protocole opératoire : son appendice aurait été très malade et entouré d'adhérences. Mais dans les deux cas, l'intervention n'a pas produit d'amélioration. Les douleurs intestinales ont persisté telles qu'auparavant.

Tels sont les signes de vagotonie gastrique et intestinale que nous avons pu observer.

Nous les avons isolés pour la clarté de l'exposition. En clinique ils coexistent fréquemment réalisant des **syndromes mixtes** :

Le plus important de ces symptômes est l'**atonie généralisée du tube digestif**. Chez ces malades amaigris on trouve à la fois une dislocation verticale de l'estomac, une ptose colique, parfois une ptose rénale droite (obs. 1). *L'atonie vésiculaire n'est en somme qu'un des éléments de ce tableau de polyptose*. Signalons cependant dès maintenant qu'elle *peut être isolée* sans aucun autre signe de ptose digestive. On ne peut donc la considérer comme un élément secondaire à l'atonie et à la ptose des autres organes abdominaux. Il faut la placer au moins sur le même plan.

Avant de quitter ces signes de vagotonie digestive, bien classés, de localisation facile, il nous faut dire un mot de signes plus vagues, difficiles à ranger sous une quelconque catégorie.

Ce sont les **sensations cenesthésiques** qui, dans le cas d'atonie vésiculaire, sont à prédominance abdominale digestive.

Ces signes ne sont pas fréquents. Nous ne les trouvons que dans deux cas. Une de nos malades « a l'impression de quelque chose dans son ventre qu'elle ne peut pas définir » (obs. 4) ; un autre vient consulter en disant que « ça ne va pas, il souffre de partout et de nulle part, il ne peut pas bien expliquer, après le repas il a une gêne dans tout le tube digestif peut-être plus localisée à droite, mais qu'il n'arrive pas à définir ». Ces sensations internes semblent à la limite du fonctionnel et du mental. Nous les avons rangées auprès des signes de vagotonie digestive, et peut-être ne sont-elles que des signes de vagotonie. Il n'est pas hasardeux de penser que ces cenesthésies à prédominance abdominale ne sont que le reflet, l'expression confuse d'un déséquilibre diffus, mal déterminé du système parasympathique du tube digestif. En tous cas elles ne laissent pas de donner un cachet particulier à l'affection qu'elles accompagnent. Et leur existence ne doit pas nous étonner quand cette affection se caractérise aussi par des signes psychopathiques.

Les troubles psychopathiques dans l'atonie vésiculaire

*Vous vous êtes penché sur ma mélancolie,
Non comme un indiscret, non comme un curieux,
Et vous avez surpris la clef de ma folie,
Tel un consolateur attentif et pieux ;*

Verlaine — à Fernand Langlois

Nous l'avons dit, deux ordres de malades ont fait l'objet de cette étude.

Les uns, malades externes de la consultation de l'hospice de la Rochefoucauld, nous ont permis d'affirmer l'existence de troubles névropathiques au cours de l'atonie vésiculaire.

Les autres, malades internés à l'Asile Sainte-Anne, devaient permettre une contre-épreuve : ces grands mélancoliques étaient-ils atteints d'atonie vésiculaire ?

Le manque de temps, d'autres difficultés sur lesquelles nous avons déjà insisté, ne nous ont permis d'examiner que cinq malades. Il faudrait en avoir vu le triple pour émettre des conclusions définitives. Il y a là un travail long, pénible, qui mériterait d'être entrepris. Nos observations, du moins trois d'entre elles, ont cependant un grand intérêt. Pour le moment, nous nous contentons d'en donner le diagnostic résumé. Il s'agit de deux syndromes de Cotard dont un symptomatique de paralysie générale, de deux mélancolies délirantes et d'une mélancolie sénile sans délire.

A propos des résultats du tubage duodénal, nous indiquerons les remarques que nous pouvons faire à leur sujet.

Nous avons hâte d'aborder le chapitre suivant — le plus important de notre exposé — où nous allons essayer de bien montrer les caractères de troubles psychopathiques survenant chez les sujets atteints d'atonie vésiculaire.

Sur ces troubles, les malades attirent souvent eux-mêmes l'attention, à un moment donné, au cours de l'examen. Ils disent qu'ils ont un mauvais moral, qu'ils sont très fatigués. L'un d'eux (obs. 11) ne nous cachait pas que ce qui dominait chez lui, c'était l'état névropathique. Il était venu nous consulter parce qu'il avait l'impression que son tube digestif devait y être pour quelque chose.

Mais, de prime abord, et sans qu'il soit nécessaire d'être un grand observateur, on a l'impression qu'après avoir épuisé les formules et les gestes de la pratique médicale habituelle, il faudra faire appel à ses ressources psychologiques, voire psychiâtriques.

Le visage d'un de ces sujets trahit déjà ses sentiments. Sa tête est baissée, ses sourcils froncés, son regard fixe, ses lèvres ont une moue de découragement. Au cours de l'interrogatoire, pour peu qu'on touche un point sensible, ses yeux deviennent inquiets, s'imprègnent de larmes, il mord un peu ses lèvres, passe une main devant son front comme pour chasser quelque pensée mauvaise ; il profère ses réponses d'une voix plaintive, traînante, comme à regret. Il souffre, de son mal physique certes, pour lequel il vient consulter, mais sans doute aussi d'une peine plus intime, plus morale.

La tristesse morbide est le symptôme dominant qui ne manque dans aucune observation.

C'est souvent le premier symptôme en date. Son prélude par une émotion douloureuse motivée, son caractère de douleur morale semblent nous autoriser à porter dans quatre de nos cas (obs. 1, 2, 9, 12) le diagnostic de petite mélancolie — mélancolie minor — mais mélancolie vraie. Dans un autre cas (obs. 5), il s'agit d'un petit cyclothymique qui, à la suite de déboires, présente un syndrome de mélancolie anxieuse. Chez un autre malade, (obs. 7) il s'agit vraisemblablement d'un état de fatigue prolongé secondaire à une période de suractivité. Chez trois malades (obs. 4, 6, 10), la coïncidence des périodes de souffrance physique (crises douloureuses gastriques ou vésiculaires) et des troubles psychopathiques fait songer à un état d'asthénie secondaire. L'asthénie et la tristesse se prolongent après la crise, mais cèdent au bout d'un temps donné pour réapparaître lors d'une crise nouvelle. Enfin, dans tous les autres cas, il s'agit plutôt de psychasthéniques, de petits déprimés.

D'ailleurs, il y a entre tous ces états bien des points de pa-

renté. Ils peuvent passer de l'un à l'autre. Rien n'est plus délicat que l'interprétation de ces petits états névrosiques. Il est certain, et chacun l'a compris, que la mélancolie, au sens étroit où l'on tend à considérer cette affection, n'est pas l'objet unique de notre étude. Nous envisageons, et notre titre le dit bien, les états mélancoliques. Nous ferions mieux peut-être de dire les états mentaux dépressifs. Nous conservons un terme qui a pour lui la faveur d'une certaine tradition.

Notre travail aurait été incomplet si nous nous étions contenté de poser des diagnostics et de noter la corrélation de certains troubles mentaux et de certains troubles digestifs. Nous avons eu l'impression que ces histoires psychopathiques diverses avaient des points communs. Et même le caractère particulier de ces points communs doit mettre notre attention en éveil, et nous inciter à rechercher derrière un état mélancolique une atonie vésiculaire. La tristesse, par exemple, se complique rapidement et presque toujours de préoccupations hypocondriaques. D'autres remarques sont à faire sur l'asthénie, le ralentissement psychique, les troubles du caractère, les troubles du sommeil. Nous insisterons sur elles en leur lieu et place.

Et tout d'abord, parlons des caractères de la **tristesse**. Il nous faut être objectif. Plutôt que de nous embarrasser dans des généralités, nous prendrons un cas, celui, par exemple, de la première observation, où le chagrin a succédé à une émotion douloureuse : le suicide d'un fiancé. Depuis ce temps, le sujet, dont la jeunesse avait été très gaie, a vu sa vie changer d'aspect. Il est constamment en proie à la tristesse. A tous moments, dans la journée, au milieu de son travail, il a « des chagrins », « des peines » comme dit une autre malade. Il « voit tout en noir », il a « des idées noires ». Les « idées noires », c'est le leit-motiv que répètent tous ces petits mélancoliques. Au début de la maladie, le sujet a l'esprit entièrement occupé par le malheur qui l'a frappé. Il passe des journées à remâcher sa peine, rien ne peut le distraire de son obsession. La compagnie, la lecture parfois le recréent. En général, il fuit la société, il se désintéresse de tout, la joie lui est pénible. Il passe des journées, des nuits à pleurer. Il désire la mort et parfois cherche à la provoquer (obs. 1, tentative de noyade).

A mesure que l'événement malheureux s'éloigne dans le temps, tout en en conservant le souvenir affligé, le sujet com-

menge à s'inquiéter de l'avenir. Quels nouveaux malheurs vont s'abattre sur lui et sur les siens ? Il devient inquiet, angoissé. Le moindre événement prend une importance exagérée. Il imagine les pires catastrophes. Que l'enfant rentre en retard de l'école, ou le mari du travail, c'est l'idée d'un accident mortel qui surgit. On doit inciser un panaris au fils d'une de nos malades, elle croit qu'on va lui couper le doigt (obs. 9). Nous ne croyons pas mieux faire que de citer cet extrait d'une lettre que nous a envoyée un de ces malades (obs. 5) : « J'ai des peurs irraisonnées ou pour une cause insignifiante (craquements de meubles, etc.). Je suis toujours porté à exagérer le moindre incident, à établir les suppositions les plus regrettables (reconnues pour la plupart du temps comme invraisemblables). Exemples : après emploi d'appareils électriques, je crains une électro-coagulation, le contrôle de la tension ayant été fait dans un but rassurant, ma peur subsiste cependant plusieurs jours. Une légère blessure (piqûre, érosion superficielle) détermine une grande inquiétude, des soins incessants et fait de suite envisager des accidents tétaniques. Je rapporte à moi-même les accidents les plus variés relatés soit dans les conversations entendues, soit dans les écrits, journaux ou autres. Ayant appris des morts subites de personnes connues ou inconnues, j'évite soigneusement de me trouver dans des circonstances de lieu et de temps analogues ».

La mort subite, telle est la crainte dominante de ce malade qui est le même dont nous avons relaté dans un chapitre précédent les crises d'angoisse.

C'est aussi la mort subite que craignent deux autres malades qui n'osent plus se trouver seules dans la rue ou dans une chambre (obs. 4 et 12).

La crainte de la mort obsède la grande majorité de nos malades. La tendance au suicide est en effet exceptionnelle. Une seule de nos malades, nous l'avons vu, a fait une tentative de noyade, et c'était au début de sa maladie, alors que la cause de son chagrin était toute récente. Chez un autre sujet (obs. 11), les idées de suicide ont persisté assez longtemps, mais ont cédé avec l'amélioration générale apportée par le tubage duodénal.

La crainte de la mort domine, et ces sujets craignent la mort parce qu'ils se croient atteints d'une maladie très grave. Leur anxiété a pour point de départ des idées d'hypocondrie. *Tous ces malades sont des hypocondriaques.* Non seulement ils exagèrent

considérablement les plus petits incidents maladifs qui peuvent leur survenir (douleurs vagues dans le dos, diarrhée épisodique, blessure, piquûre, etc.), mais ils se croient perdus. L'une d'elles avait peur de mourir du fait de sa grossesse (obs. 8). Une autre redoutait la nécessité d'une intervention chirurgicale avec ses conséquences nécessairement fatales (obs. 9). Trois d'entre elles craignaient d'avoir un cancer. « J'ai un cancer, on ne veut pas me le dire. D'ailleurs, ma belle-sœur est morte jeune d'un cancer » (obs. 9). Une autre (obs. 12) surveille attentivement ses fonctions intestinales, et si elle reste constipée plusieurs jours, elle redoute de mourir d'une obstruction intestinale due peut-être à un cancer. Elle ajoute : « Si je savais que j'avais un cancer, je me tuerais ». Ainsi, secondairement, la crainte de la mort peut se transformer en une idée de suicide si vient à se confirmer la notion d'un mal incurable.

Cet état d'anxiété n'est pas étranger à diverses réactions à base d'*énervement* que présentent ces malades. Ils sont très susceptibles, facilement contrariés, irritables. La moindre observation au cours du travail, un contre-temps, une erreur, un retard, une réflexion soi-disant mal à propos les tracassent toute la journée, toute la nuit, déterminent des larmes, des cris de colère, et même des actes violents. Ils les regrettent presque aussitôt. Ils s'accusent de mauvais sentiments, de méchanceté, et c'est encore une raison pour eux de retomber dans leur morne tristesse.

Cette tristesse trouve encore sa source dans les autres symptômes qui viennent compléter ce tableau de dépression.

L'asthénie est très fréquente. Une seule de nos malades ne s'en plaignait pas (obs. 8).

C'est une asthénie secondaire. Entendons-nous bien. Elle peut être secondaire à un état douloureux, aux troubles digestifs. Que ceux-ci puissent créer ou exagérer un état d'asthénie, c'est indubitable. Vraisemblablement, c'est ainsi qu'il faut interpréter les trois cas (obs. 4, 6, 10) où coïncident les périodes de souffrance physique et la dépression. Que d'autre part, après une période de suractivité, survienne un état de fatigue prolongée qui sera la raison de la tristesse (obs. 6) nous ne voulons pas le contester. On peut cependant nous faire remarquer, en confrontant nos observations, que le surmenage est peut-être à l'origine de l'asthénie plus souvent que nous pourrions le croire. En effet, souvent ces sujets ont été obligés d'accomplir un travail inhabituel

ou supplémentaire. Mais, répondrons-nous, c'est pour parer aux difficultés nouvelles de la vie. La tristesse, l'asthénie existaient déjà depuis un certain temps. Le surmenage a aggravé, mais n'a pas créé l'asthénie. L'asthénie est contemporaine de la tristesse ; elle est proportionnelle à la douleur morale. On peut dire que le chagrin a paralysé ces malades. L'une d'elles (obs. 1) après son malheur est anéantie, prostrée. Pendant deux ans, elle reste dans un état de dépression des plus lamentables. Avec le temps, cette dépression s'atténue. Mais chaque soir après son travail, elle est comme abattue. Elle a des douleurs dans les jambes, dans les épaules. Il lui est pénible de marcher longtemps.

Une autre, qui habite la banlieue et travaille à Paris, n'a plus la force de monter les marches du métropolitain, de courir après son tramway. Son travail de vendeuse, qui pourtant ne prend que sa matinée, elle voudrait l'avoir vite terminé. Elle a la volonté de le faire, et non la force (obs. 10).

Une troisième, qui est couturière, se plaint de douleurs diffuses dans le dos, les bras, les jambes. Elle est vite essoufflée en montant les étages. Elle n'a plus la force de supporter son corps. Son travail lui devient une corvée, un esclavage ; elle coud moins vite, fait moins de pièces, s'irrite et trouve que ses employeurs sont devenus plus exigeants (obs. 9)

Nous pourrions répéter les exemples. Mais justement à propos du travail, nous voulons faire une remarque sur l'activité générale de ces malades. Si le travail est pénible à quelques-uns, par d'autres, au contraire, il est envisagé avec bonne volonté et même avec plaisir. Il est une diversion à leurs soucis. « C'est dans le travail que je trouve le plus d'intérêt, le plus de ressources » dit une malade (obs. 1). Et, en fait, quand leurs troubles digestifs et névropathiques leur laissent une rémission, ils sont volontiers actifs, même ambitieux. Dans le modeste champ de leur activité, il s'agit de malades d'hôpital appartenant à la classe moyenne, ils cherchent à se surpasser. Bons ouvriers, bons employés, ils entreprennent facilement des tâches supplémentaires. Ils ne peuvent toujours les réussir. Ils n'en ont pas les moyens physiques. Et ces déboires sont la cause d'un nouveau chagrin.

Cette asthénie musculaire s'accompagne d'ailleurs toujours d'une asthénie psychique, d'**anidéation**. L'esprit est moins lucide, l'évocation des idées se fait avec plus de lenteur. La tête est vide, lasse. La mémoire semble amoindrie. Tout effort mental qui né-

cessite une attention prolongée, tel que la conversation, la lecture, l'écriture d'une lettre devient rapidement pénible. Il y a un ralentissement des processus intellectuels. La vie active s'en ressent très rapidement, d'autant plus que ces sujets présentent en outre des modifications du caractère.

Ce sont avant tout des **modifications de la volonté**. Ces sujets sont hésitants, incertains, abouliques. Ils réfléchissent longtemps avant de prendre une détermination. et même pour les faits les plus minimes de la vie. Iront-ils ou non au théâtre le soir ? Prendront-ils tel ou tel autobus ? « Ils ne peuvent prendre de détermination (obs. 11). » Cette aboulie dans les actes ordinaires de la vie contraste avec le goût que certains malades ont pour leur travail. Sans que ce travail soit absolument mécanique, il semble qu'ils sont heureux de l'accomplir parce qu'il ménage leur faculté de choisir, laisse en paix leur libre-arbitre.

Parmi ces troubles psychopathiques, nous ferons une place importante aux **troubles du sommeil**. Ils sont très fréquents. Huit malades sur douze s'en plaignent nettement (obs. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11).

Les uns n'arrivent pas à s'endormir. Ils se couchent avec l'idée qu'ils ne dormiront pas. Ils passent le temps à songer à leurs misères, à remâcher leurs « idées noires ». Ils sentent que le sommeil naturel ne viendra pas. Ils ont recours à un narcotique.

D'autres s'endorment plus facilement. Mais leur sommeil est léger. Ils se réveillent vers une heure, deux heures du matin. Parfois c'est en raison d'une crise douloureuse gastrique ou vésiculaire plus ou moins vive. Souvent il suffit d'un bruit léger, d'une lumière inaccoutumée pour interrompre leur sommeil. Il est très agité, traversé de cauchemars où ils revoient les circonstances pénibles de leur vie et en éprouvent de nouvelles encore plus terrifiantes.

Le lendemain, au réveil, ils sont très fatigués, plus fatigués qu'avant de se coucher. Ils ont de la peine à se mettre en train. Leur bouche est mauvaise, pâteuse, amère. Ils déjeûnent sans appétit. On conçoit que le travail leur soit pénible. Parfois vers cinq heures de l'après-midi, ils ont un regain d'activité qui pourra persister jusque tard dans la soirée. M. Parturier, qui avait déjà noté ce phénomène, l'explique par l'apparition au cours de la dépression post-prandiale d'un état sympathicotonique. Ce phé-

nomène, nous ne l'avons noté que chez une seule de nos malades (obs. 9).

Tels sont les signes psychopathiques que nous avons pu constater chez les malades atteints d'atonie vésiculaire. Tristesse morbide, hypocondrie, asthénie, anidëation, aboulie, insomnie, voilà un schéma très suffisant et qui caractérise bien l'état psychologique de nos malades.

Avant de terminer l'étude de ces troubles psychopathiques, nous voulons insister sur quelques points qui nous paraissent d'un intérêt tout particulier.

Nous avons cherché à préciser les relations chronologiques qui existaient entre les signes psychopathiques et les troubles digestifs.

Tout d'abord, nous avons voulu répondre d'avance à cette objection que l'état mental morbide pouvait être secondaire à la maladie digestive.

Il est certain que dans les trois observations où crises douloureuses et dépression coïncident cette objection puisse paraître légitime. Pourtant, même dans ces cas, on ne peut absolument rattacher la tristesse aux phénomènes digestifs. Si nous analysons les observations, nous voyons que :

La première de ces malades (obs. 4) avait déjà présenté à la suite de ses trois accouchements compliqués d'infection, d'abcès, des périodes de dépression; la guerre a été pour elle une longue période d'anxiété, elle a par moments des périodes de tristesse sans cause. Il s'agit là d'une constitution émotive particulière, d'un terrain prédisposé. Les crises douloureuses accentuent un état latent. Et peut-être les troubles digestifs ne sont-ils eux-mêmes que la traduction momentanée d'un état pathologique vésiculaire latent.

Dans l'observation suivante (obs. 6) la tristesse existe depuis longtemps consécutive à de multiples ennuis familiaux, les douleurs gastriques l'exagèrent profondément.

L'objection tiendrait plus pour la troisième de ces malades, (obs. 10) encore présente-t-elle dans ses antécédents des périodes de dépression, des accès de tristesse sans cause.

Une seconde objection qui pourrait nous être faite est la suivante : Les troubles digestifs sont secondaires aux troubles mentaux ; ils résultent de la mauvaise hygiène alimentaire que suivent ces malades du fait de leurs troubles mentaux, ils n'ont es-

sentiellement aucun rapport avec leur état mental même. En effet très souvent ces malades du fait de leurs soucis, mangent peu ou vite, à des heures irrégulières. Ce sont des tachyphagiques. Mais ces fautes d'hygiène alimentaire sont-elles suffisantes pour déterminer, même à la longue, un état pathologique aussi important que l'atonie vésiculaire. En réalité, chez la plupart de nos malades les troubles digestifs sont apparus en même temps que les troubles névropathiques. Ces malades souffrent de l'estomac depuis qu'ils sont tristes. Tristesse et atonie digestive reconnaissent la même cause, le même *primum movens* : un déséquilibre neuro-végétatif, — un état d'hypervagotonie.

Les signes d'hypervagotonie dans l'atonie vésiculaire

La profonde tristesse résulte toujours d'un état maladif du corps.

Alain — Propos sur le bonheur

En étudiant les signes digestifs de l'atonie vésiculaire, nous avons montré que certains d'entre eux étaient des signes fonctionnels neuro-végétatifs, des signes de vagotonie digestive. Leur présence nous incitait à rechercher d'autres signes de vagotonie. Ces signes très variés réalisent un ensemble souvent très net, un véritable syndrome, on dit même une constitution vagotonique.

Ce sont : 1° des *signes culanés*. Ces sujets présentent souvent du dermatographe, de l'érythème pudique. Leur peau est généralement froide, moite et d'une pâleur bleutée avec des marbrures veineuses. Les poils sont abondants et il n'est pas rare d'observer un triangle pileux nettement dessiné dont la base est au pubis et le sommet à l'ombilic. C'est le triangle pileux sus-pubien (obs. 5, 7, 11). L'aptitude à transpirer est fréquente. Elle coïncide souvent avec une tendance à la frilosité (obs. 1, 7, 8).

2° *Des troubles respiratoires* : la respiration est lente, souvent irrégulière. Le sujet éprouve parfois une sensation d'oppression, de gêne thoracique (obs. 5).

3° *Des troubles circulatoires* : c'est l'instabilité cardio-vasculaire, la tendance à l'arythme réflexe, la fréquence de la bradycardie — voici le chiffre du pouls dans les cas où il est mentionné sur l'observation : 70 (obs. 1), 70 (obs. 5), 58 (obs. 6), 72 (obs. 7), 64 (obs. 8), 52 (obs. 10), 80 (obs. 9). Cette dernière malade était particulièrement anxieuse quand nous avons pris son pouls. La tension artérielle est généralement basse. Voici quelques chiffres

de tension artérielle prises avec l'appareil de Vaquez-Laubry : 7-13 (obs. 1), 8-11 (obs. 5), 10-15 (obs. 6), 7-13 (obs. 7), 9-13 $\frac{1}{2}$ (obs. 8), 9-13 (obs. 9), 7-11 (obs. 10).

Enfin il y a une mauvaise circulation périphérique. Les extrémités sont moites, froides. Un de nos malades (obs. 7) présentait même un syndrome d'asphyxie locale des extrémités.

4° Des signes sensitifs : On retrouve chez tous nos sujets d'une part de l'anesthésie cornéenne : le contact du doigt avec la cornée ne détermine pas de réflexe palpébral ; d'autre part, de l'anesthésie pharyngée, le contact d'un abaisse langue avec le voile du palais ne détermine pas de réflexe nauséeux.

Chez une de nos malades (obs. 9) il existait même des plages d'anesthésie cutanée disséminées.

Ces différents signes rencontrés chez un même sujet permettent d'affirmer cliniquement la vagotonie.

Nous n'avons eu recours à aucun test biologique. Mais nous rappellerons au sujet de l'étude du système neuro-végétatif des mélancoliques les travaux des collaborateurs du professeur Claude. Etudiant le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe solaire, certains tests pharmacodynamiques (injection sous-cutanée et intra-veineuse d'adrénaline, injection de tartrate d'ergotamine, de pilocarpine (collyres à l'adrénaline et à la pilocarpine) certains tests endocriniens (insuline, extrait thyroïdien) ils ont montré que les déprimés ont un système neuro-végétatif faiblement ou non excitable, et dans certains cas un état de vagotonie latente.

L'état de vagotonie peut être constitutionnel ou acquis. Il est très difficile de pouvoir dire si un état de vagotonie est constitutionnel. Dans nos observations, quand l'état vagotonique semble dater de longtemps, il s'agit plutôt d'une forme acquise de l'enfance survenue à la suite de mauvais traitements ou d'un état maladif prolongé (obs. 5, 9, 10, 11).

Le plus souvent il s'agit d'un état vagotonique acquis à l'âge adulte. Et c'est alors qu'interviennent toutes les causes qui moralement ou physiquement déterminent un ébranlement du système nerveux.

Les causes morales sont au premier plan. Très souvent la maladie avec son ensemble de signes de dépression et de signes digestifs est survenue après la perte d'un être aimé : fiancé, époux, enfant (obs. 1, 2, 9). Il faut noter la plus grande fréquence de l'atonie vésiculaire chez la femme (9 malades sur 12) qui est plus

sensible aux chocs émotifs. D'autres fois c'est la maladie d'un être cher (obs. 12), des ennuis de famille (obs. 3 et 6), la perte du pays où l'on se plaisait à vivre et dont on a la nostalgie (obs. 11, 12). Chez l'homme ce sont plutôt des revers de fortune, des déceptions de carrière (obs. 5), qui déterminent la vagotonie.

Les toxi infections paraissent jouer aussi un rôle dans la genèse du syndrome vagotonique, le système nerveux de la vie végétative réagissant sans doute aux infections comme les autres tissus. Une de nos malades (obs. 4) avait eu trois grossesses compliquées, l'une d'infection purperale, les deux autres d'abcès du sein — à chaque fois elle avait présenté consécutivement une longue période de dépression.

Il faut enfin tenir compte des troubles des glandes endocrines. On sait combien sont étroits les liens qui existent entre les glandes à sécrétion interne et le système neuro-végétatif. Indiquons qu'une de nos malades avait eu une hystérectomie d'ailleurs compliquée d'une ictère chloroformique (ob. 10). Peut-être faut-il invoquer la ménopause à l'origine des troubles d'une autre de ces patientes (obs. 8).

Il est possible que tous ces sujets soient prédisposés à la vagotonie par leur hérédité qui détermine leur état constitutionnel. A l'occasion des accidents pénibles de toutes sortes qui accidentent la vie normale leur état se révèle et s'accroît. Mais de cet état constitutionnel il nous est difficile de faire la preuve et nous préférons parler de vagotonie acquise.

Ainsi, l'atonie vésiculaire nous apparaît comme un reflet organique d'un trouble d'ordre plus général. C'est une vagotonie vésiculaire. Il faut la placer sur le même plan que les autres troubles de vagotonie digestive, et probablement sur le même plan que les troubles de dépression mélancolique qui ne sont eux-mêmes que l'expression mentale du grand syndrome Vagotonie.

Les signes du tubage duodénal

Le diagnostic clinique d'atonie vésiculaire étant posé ou supposé par la constatation d'un ensemble de signes digestifs, mentaux, neurologiques, il faut en fournir la preuve et avoir recours à ces méthodes précises d'examen que constituent le tubage duodénal et la cholécystographie.

Ainsi que l'écrit M. Chiray : « Le tubage duodénal et l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée donnent la clef du diagnostic en rendant manifeste la déficience de la contractilité vésiculaire ». On sait qu'au cours de l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée l'évacuation de la bile B, bile cholécystique est entièrement due aux contractions de la vésicule biliaire. Il est facile de prévoir que l'atonie vésiculaire aura des répercussions considérables sur ce phénomène.

Les réponses fournies par l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée peuvent être typiques ou atypiques.

1 — Dans les **cas typiques**, la cholécystatonie se traduit à l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par la récolte d'une bile vésiculaire normalement abondante et colorée.

Parmi les malades de l'hospice de La Rochefoucauld, neuf ont présenté une bile B ayant ces caractères (obs. 1, dernier tubage, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), et une seule parmi les malades de Sainte-Anne (obs. 16).

Il arrive qu'on recueille d'abord une bile A plus colorée que normalement (obs. 11). Ce n'est pas étonnant puisque la bile A, comme l'ont montré MM. Chiray et Milochevitch, est constituée par la bile du canal commun avec de légers apports vésiculaires.

Mais c'est surtout la bile B qui présente les caractères anormaux.

Elle est très foncée d'un brun très noir, absolument opaque, alors que normalement elle est brune et limpide.

Elle est très abondante, de 60 à 80 cmc, alors que normalement on en récolte 20 à 40 cmc.

Elle est très épaisse, très visqueuse et son écoulement peut durer longtemps, de trois quarts d'heure à une heure.

Tous ces phénomènes témoignent d'une stagnation biliaire prolongée. Et les dosages chimiques montrent bien que la bile a subi une concentration excessive. Ces dosages chimiques, nous n'avons pu les effectuer dans tous les cas que nous venons de signaler. Pour provoquer l'excrétion vésiculaire, nous avons employé l'huile d'olive chaude qui gêne les analyses. Nous croyons cependant bon d'indiquer que sur des biles analogues retirées après injection de sulfate de magnésie, M. Chiray et ses collaborateurs ont montré qu'il existait un taux moyen de cholestérine de 2gr05, alors qu'il est de 1gr50 pour les cas normaux — un chiffre de 130 unités de sels biliaires mesuré suivant la méthode de Hijmans van den Bergh, alors que le chiffre normal est de 50 unités — enfin on trouve de 80 à 150 unités d'urobiline.

Mais ces dosages ont de l'importance surtout dans les cas de réponses atypiques.

2 — **Les cas atypiques** que nous avons observés sont au nombre de quatre en ce qui concerne les malades de La Rochefoucauld. (obs. 1, premiers tubages, 2, 3, 12). La bile B récoltée alors, avait une limpidité, une transparence normales, elle était un peu plus foncée, mais ne présentait pas cette teinte noire caractéristique de la stase ; enfin elle était un peu plus abondante que normalement puisqu'on en retirait environ 60 cmc au lieu de 20 à 40 cmc.

Dans ces cas, on avait d'ailleurs, pour des raisons diverses, employé le sulfate de magnésie. Les dosages ont montré des chiffres intéressants. Dans les trois cas où ils ont été faits on trouve respectivement, 1 gr 75, 1 gr 80, 2 gr 55 de cholestérine par 1000 cmc. (obs. 1, 2, 3) et dans un cas, 116 unités Van den Bergh de pigments biliaires (obs. 3)

— Les malades internées de Sainte-Anne ont fourni une majorité de réponses atypiques. Chez l'une d'elle (obs. 15) la réponse vésiculaire était absolument normale.

Chez une autre (obs. 13) la bile B était assez abondante : 70 cmc. mais de teinte et de transparence normales.

Enfin dans deux cas (obs. 14 et 17) après injection de 20 cmc

d'huile d'olive chaude, nous n'avons pu récolter de bile B ; la bile qui venait avait la même teinte claire que la bile A.

Nous avons fait alors une injection sous-cutanée d'un cmc d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. On sait depuis les travaux de Kalk et Schöndube en Allemagne, de Chiray, Lebon et Calégari en France, que l'extrait de lobe postérieur possède une forte action chilécystokynétique. Dans les deux cas, la bile retirée n'a pas changé de coloration. Nous avons refait un tubage de vérification. Il a, dans chaque cas, donné des résultats exactement superposables. Tout semble alors s'être passé comme si la vésicule biliaire ne répondait pas à des excitations pourtant assez fortes (huile d'olive chaude — extrait hypophysaire). Est-ce le fait d'une atonie vésiculaire ? Est-ce le fait de cette absence de réaction aux divers agents pharmacodynamiques que Mrs Targowla et Lamache ont déjà noté chez les grands mélancoliques. Habituellement l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse détermine une pâleur assez marquée. Dans ces deux cas nous n'avons noté qu'une légère décoloration des lèvres. Nous restons réservés sur l'interprétation exacte de ces deux expériences. Il n'en n'est pas moins vrai que nous avons introduit en clinique psychiatrique, une méthode d'examen précise, et que des modifications techniques peuvent rendre plus pratique. Nous sommes persuadés qu'elle est appelée à rendre de grands services dans l'étude si intéressante et si confuse encore des troubles digestifs des aliénés.

Les signes radiologiques de l'atonie vésiculaire

Le second signe de certitude de l'atonie vésiculaire est fourni par la cholécystographie.

Il n'est pas toujours nécessaire de la faire pratiquer, lorsque les résultats de l'examen clinique et du tubage duodénal sont suffisamment concluants. Et dans un service d'hôpital actif, qui serait facilement débordé, on fait plus volontiers une cholécystographie pour une cholécystite calculieuse ou inflammatoire, alors que se pose l'indication d'une intervention chirurgicale que pour une atonie vésiculaire.

Cet examen a été pratiqué chez cinq de nos malades. Quatre fois il a fourni l'image d'une vésicule atonique (obs. 1, 2, 6, 7, 9).

Dans le décubitus ventral, ces vésicules atoniques sont longues, elle peuvent toucher la crête iliaque ;

dans la station verticale, elles ont un fond large et plat ;

dans le décubitus dorsal, elles subissent une version ;

elles se déforment considérablement et passivement par les changements de position ;

enfin elles se vident incomplètement pendant la digestion et leur ombre peut être anormalement persistante.

Tous ces signes objectivent bien la paresse de la fonction motrice vésiculaire.

Ajoutons que l'examen radiologique permet de constater l'atonie généralisée des organes digestifs : la dislocation verticale de l'estomac, la ptose colique .

Un de nos malades (obs. 7) avait une vésicule de forme et de situation normales — par contre le tubage duodénal permet-

tait de récolter une bile très noire. Il y avait donc dans ce cas insuffisance fonctionnelle sans insuffisance anatomique.

Par contre, une autre malade (obs. 1) présentait une vésicule très basse et très atonique. Nous n'avons pu récolter de bile noire qu'au septième tubage. Il est vrai qu'alors, elle était restée plus d'un mois sans tubage.

Déductions théoriques

Dans ce court chapitre nous voulons réunir quelques remarques théoriques importantes que nous avons pu faire en différents passages de notre exposé.

— D'un point de vue général, il est à noter que sur les cinq grandes mélancoliques de l'asile Sainte-Anne chez qui nous avons pratiqué le tubage duodénal et l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée, une d'elles a présenté une bile B noire, deux autres ont donné des réponses atypiques qui permettent cependant de supposer que leur vésicule biliaire ne fonctionne pas sous l'influence d'incitations répétées et fortes. Il faut rapprocher ce fait de l'état d'atonie qu'opposent les grandes mélancoliques aux diverses substances pharmacodynamiques.

Chez nos malades de la consultation de l'hospice de La Rochefoucauld, il est patent que les troubles digestifs et les troubles de dépression mélancolique sont la règle. Ces troubles semblent reconnaître une cause commune : un état d'hypervatonie acquise.

— D'autre part, d'un point de vue particulier, nous avons vu qu'à côté des signes biliaires de l'atonie vésiculaire existent des signes d'atonie digestive : gastrique, intestinale. On a pu croire que l'atonie vésiculaire était secondaire aux autres atonies digestives. Il est cependant des cas où les signes biliaires passent au premier rang, où les autres signes d'atonie digestive semblent effacés, presque inexistants (obs 11). Il y a lieu de considérer l'atonie vésiculaire sur le même plan que les autres signes d'atonie digestive. Son importance, sinon sa prépondérance, dans le syndrome commun est encore vérifié par les résultats thérapeutiques : les tubages duodénaux répétés améliorent en effet les deux ordres de symptômes — biliaires et digestifs — comme ils améliorent les troubles psychopathiques.

Thérapeutique

Ainsi, toutes les fois que le mauvais esprit envoyé par le Seigneur se saisissait de Saül, David prenait sa harpe et en jouait ; et Saül en était soulagé, et se sentait mieux, car l'esprit malin se retirait de lui.

(Rois I - XVI-23)

Pour soigner ces mélancoliques atteints d'atonie vésiculaire, il ne faut négliger aucune méthode de traitement. Au cours de notre historique, nous avons vu les Anciens recourir à diverses médications, mais surtout aux cholagogues qui avaient pour vertu d'évacuer la bile noire. On ne délaissait pas la psychothérapie. Hippocrate conseillait les distractions, les voyages. « On tâchera, écrit Celse, de distraire le malade par les contes et les jeux qui lui plaisent le plus à l'état sain. Ses ouvrages, s'il en fait, seront van-tés avec complaisance et lui seront remis sous les yeux... »

En même temps donc qu'on appliquera un traitement somatique — dont le tubage duodénal est la base essentielle — on fera appel aux ressources de la psychologie, on entreprendra un traitement moral. Et les malades nous en saurons toujours gré.

Cette psychothérapie n'est pas compliquée. Elle n'emprunte rien à une dialectique prétentieuse, à une méthode de suggestion d'allure faussement scientifique. C'est tout simplement la conversation, calme, lente, patiente, un entretien amical — une sorte de confession. Le sujet semble garder la direction de cet entretien ; on répond à ses questions avec douceur ; on le rassure sur la bénignité de son mal, sur son issue favorable et prochaine. On ne saurait trop dire combien ces petits névropathes sont sensibles à un sourire affectueux, à une parole réconfortante. Il faut, évidemment, n'être pas pressé et consacrer à chaque malade un temps assez prolongé. Ce temps on le trouve au cours des séances de tubage duodénal qui durent de deux à trois heures. Cette psy-

chothérapie permet aussi de prendre un certain ascendant sur le malade, et de lui faire accepter sans difficulté un traitement — le tubage duodénal — dont il a toujours au début une certaine appréhension.

On conseillera aussi les distractions peu fatigantes, le changement de milieu, le repos, un séjour à la campagne. Les stations climatothérapiques de moyenne altitude semblent particulièrement favorables. Elles imposent à ces sujets vagotoniques, souvent sédentaires, un exercice tonifiant et non pénible.

À ce traitement général, il faut ajouter un traitement symptomatique des différents troubles névropathiques. Ces sujets demandent souvent qu'on calme leur anxiété, qu'on leur procure un peu de sommeil. Nous ne ferons pas ici une liste des divers médicaments calmants et hypnotiques qui pourraient être employés.

Nous recourons d'habitude, tantôt au gardénal à doses réduites de 0g01, tantôt à l'opium sous forme de laudanum de Sydenham : quatre gouttes dans un peu d'eau sucrée, en augmentant progressivement d'une goutte par jour jusqu'à quinze et même trente gouttes. Il faut, dans ce dernier cas, bien surveiller le malade.

Enfin on agira sur l'asthénie en prescrivant des préparations phosphorées ou arsenicales ; ou encore l'adrénaline : vingt à trente gouttes dans un peu d'eau — elle agit en excitant le système sympathique.

Mais la partie essentielle du traitement est constituée par la **méthode des tubages duodénaux en série**. L'excrétion vésiculaire est provoquée chaque fois par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude qui agit mieux sur ces vésicules atoniques que la solution de Meltzer-Lyon. Nous pouvons indiquer le schéma de traitement suivant :

Au début on fait un tubage toutes les semaines et même dans certains cas deux fois par semaine.

Dès qu'apparaît une amélioration assez notable, on espace les tubages tous les quinze jours, toutes les trois semaines, tous les mois.

Ce traitement sera suffisamment prolongé. Certains de nos malades sont suivis depuis plus de trois ans. On ne leur fait pas tous les mois un tubage. Mais il est bon que de temps à autre on vérifie leurs fonctions vésiculaires. Ils en éprouvent d'ailleurs un grand soulagement. Ce drainage médical biliaire est très effi-

cace et agit tant sur les troubles digestifs que sur les troubles mentaux. Nous reviendrons plus loin sur ces résultats. Indiquons déjà que la plupart d'entre eux ont été obtenus uniquement par cette méthode, en l'absence de tout autre traitement. Nous avons agi ainsi pour pouvoir mieux juger de son efficacité.

Il n'en est pas moins vrai qu'un traitement médicamenteux et une diététique seront des adjuvats très utiles. L'huile d'olive, le sulfate de magnésie, la peptone, le boldo sont parmi les médicaments *cholécystokynétiques* les plus actifs. Nous les prescrivons successivement chez un même malade. Voici un schéma d'ordonnance :

— Pendant les 10 premiers jours du mois, prendre chaque matin à jeun deux cuillerées à soupe d'huile d'olive (Il faut faire prendre cette huile avec un peu de jus de citron ou dans de la bière mousse).

— Pendant les 10 jours suivants, on prendra le matin à jeun dans un demi verre d'eau de Vichy, un des paquets suivants :

Sulfate de Magnésie desséché	- 5 grammes
Peptone de Witte	2 grammes
Poudre de réglisse	1 gramme

c'est la formule indiquée par MM. Ramond, Borcesco et Zizine.

Il existe dans le commerce une préparation analogue en granulé dont on prend deux ou trois cuillerées à café le matin à jeun ou une cuillerée à café avant chaque repas.

Ou encore, on peut prescrire des comprimés glutinisés contenant 0gr50 d'e sulfate de magnésie qui ne se dissolvent que dans l'intestin.

— Enfin les 10 derniers jours du mois on fera prendre un quart d'heure avant chaque repas, dans un peu d'eau sucrée, quinze à trente gouttes de la mixture suivante :

Teinture de Boldo	} ââ
Teinture de Belladone	

MM. Chiray, Lebon et Caligari ont obtenu dans certains cas de cholécystatonie des résultats intéressants, après des cures assez prolongées de piqûres quotidiennes d'extract hypophysaire dont on sait la forte action cholécystokynétique. Nous n'avons pas eu l'occasion de recourir à cette méthode.

La diététique sera aussi l'objet de prescriptions particulières.

Dès qu'il s'agit d'affections hépatiques ou vésiculaires, de nombreux médecins frappent d'un ostracisme rigoureux les aliments gras le lait non écrémé, et surtout les œufs. Du fait de sa pathogénie, la diététique de l'atonie vésiculaire doit différer complètement de celle qui s'impose dans la plupart des autres affections vésiculaires. Au contraire, les aliments gras, le jaune d'œuf, qui ont une action cholécystokynétique évidente sont à ordonner. Le repas de Boydon composé de crème et de jaunes d'œufs est particulièrement indiqué. Nous avons coutume de prescrire à nos malades de prendre chaque matin, en guise de petit déjeuner, un pot de crème d'Isigny.

Il ne faut pas oublier d'autre part que ces malades sont souvent des atoniques gastriques. Leur estomac présente une dislocation verticale. Il sera bon pour eux d'éviter les potages, les soupes, les pâtisseries, le pain qui sera remplacé par des biscottes, les crudités, les aliments conservés, fermentés ou fumés, les épices, l'alcool sous toutes ses formes. La viande sera grillée ou rôtie, le poisson préparé au court-bouillon.

Ils ne boiront à chaque repas que deux verres d'eau vineuse ou deux tasses d'infusion chaude.

Ce sont souvent aussi des atoniques intestinaux et un régime comme l'a indiqué M. Fiessinger où entrent en grande partie les celluloses : légumes verts en branches, légumes farineux écrasés, fruits cuits et crus, a l'avantage d'activer les contractions gastriques et intestinales.

On pourra enfin recourir aux cures thermales, dont les eaux sulfatées magnésiennes réalisent en fait un drainage des voies biliaires. Vichy, Vittel (source Hépar) sont particulièrement indiqués. Plombières, Châtel-Guyon conviennent aussi aux malades qui se plaignent de leur état intestinal.

En tout cas, on n'aura jamais recours à l'intervention chirurgicale. « La cholécystectomie, dit M. Chiray, exposerait opérateur et opéré à mille ennuis ; ceux-ci résulteraient de la difficile adaptation de ces voies digestives nerveusement déficientes à un nouvel état fonctionnel résultat de l'inutile exérèse vésiculaire ».

Quels sont les résultats de cette thérapeutique. En fait, chez nos malades, nous n'avons eu presque exclusivement recours qu'aux tubages duodénaux en série. Et à dessein, pour mieux pouvoir juger des effets de cette méthode.

Sous son influence, nous avons vu s'améliorer les troubles digestifs, les troubles mentaux, tandis que parallèlement la bile vésiculaire reprenait ses caractères normaux.

L'amélioration ne se produit pas en général dès les premiers tubages. Dans un cas (obs. 12), l'amélioration a été remarquable après un traitement de trois tubages seulement. Le plus souvent il faut attendre 4, 5 tubages pour constater un mieux-être. Aussi importe-t-il de ne pas se laisser décourager. Les tubages sont alors trop espacés. Il faut les faire au début chaque semaine et même deux fois par semaine. Et nous voyons des malades un moment convaincus de l'inefficacité de la méthode, joyeusement surpris du résultat d'une nouvelle intervention.

Les troubles digestifs de tous nos sujets se sont améliorés. L'appétit renaît. Les nausées disparaissent. La langue pâteuse, l'amertume de la bouche persistent plus longtemps, ce sont les symptômes les plus tenaces, ils ne résistent pas cependant à un traitement suffisamment continu. Les digestions sont plus faciles. Les crises douloureuses, les pesanteurs gastriques cessent rapidement. « Je ne sens plus mon estomac » dit une malade (obs. 9). On ne retrouve plus le point douloureux vésiculaire. Les migraines, la céphalée s'atténuent. Un de nos malades (obs. 5), depuis qu'il suit le traitement par le tubage duodénal, n'a plus de crises d'angoisse. Un autre, qui avait une constipation opiniâtre, a des selles normales depuis qu'il prend chaque matin deux cuillerées à soupe d'huile d'olive dans l'intervalle des tubages duodénaux.

Enfin, on note toujours l'arrêt de l'amaigrissement, une augmentation de poids.

Les troubles psychopathiques s'améliorent aussi facilement. Dans un seul cas (obs. 6), les troubles digestifs se sont nettement améliorés, mais l'état moral est resté à peu près le même. Nous avons l'impression que le traitement n'a pas été suffisant : comportant cinq tubages seulement et par trop espacés. En général les « idées noires » disparaissent. Les malades n'ont plus de crises de larmes. Ils sont gais, pleins d'entrain. Leur anxiété diminue. « Je suis heureuse d'avoir une amélioration, cela prouve que ma maladie n'était pas grave » dit une patiente (obs. 12). Les idées d'hypocondrie n'ont donc plus de raisons d'être. La confiance renaît. Le travail est plus facile, la fatigue moins grande. Le sommeil est régulier, le réveil se fait dans une impression de calme et de repos.

Cependant, certaines de ces malades, ce sont surtout des femmes, gardent une hypersensibilité vésiculaire et nerveuse encore assez marquée. Parfois au moment des règles, souvent à la suite d'une émotion, elles ont de nouveau des nausées, des douleurs gastriques. Suivant leur expression : « Elles sentent qu'elles ont besoin d'un tubage ». Et chaque fois le tubage apporte une amélioration des signes digestifs et des signes psychopathiques.

Enfin, parallèlement à cette amélioration de l'état général au bout d'un nombre de tubages variable suivant les malades, la bile B perd ses caractères anormaux. Elle devient progressivement moins noire, moins abondante et les dosages chimiques établissent qu'elle est moins concentrée qu'au début.

Comment agit le tubage duodéal ?

Probablement d'abord en assurant la vidange de la vésicule biliaire, en réalisant un drainage médical analogue au drainage chirurgical après cholécystostomie.

Il est vraisemblable aussi que les tubages répétés permettent une rééducation fonctionnelle du muscle vésiculaire. Les excitations produites par l'huile chaude ou le sulfate de magnésie font faire à la vésicule une gymnastique qui assure un drainage immédiat, mais la rend plus sensible sans doute aux excitations que produira plus tard, à chaque repas, le bol alimentaire.

C'est ainsi peut-être que s'explique ce fait en apparence paradoxal, qu'un tubage duodéal pratiqué une ou deux fois par semaine, ou même une fois par mois puisse produire un résultat si heureux et si durable.

Mais le fait paradoxal n'est pas seulement là. C'est qu'à côté des troubles digestifs, les troubles mentaux sont améliorés.

Il est probable que le fait de constater une sédation de leurs troubles digestifs influe favorablement sur l'état d'esprit des malades. Mais à notre avis, il y a là quelque chose de plus complexe. Le tubage duodéal, en déterminant un réflexe viscéromoteur qui fait se contracter la vésicule, détermine peut-être aussi par la même occasion, un ensemble de réflexes diffus organo-végétatifs qui modifient à la longue la constitution vagotonique, le tempérament général du malade.

Nous remarquerons aussi l'effet psychologique que peut produire une séance de tubage duodéal. Le patient est déjà un peu surpris de voir s'écouler la bile A avec sa belle teinte jaune d'or, qu'on est allé chercher si loin avec un si long tube, mais

quand, après injection d'huile d'olive, la bile B apparaît, noire épaisse, visqueuse, comme chargée de tous leurs maux, leur étonnement ne laisse pas d'être assez considérable.

Quoiqu'il en soit, les résultats de la méthode des tubages duodénaux en série nous permettent de penser qu'il y a là un traitement nouveau qui peut trouver ses applications dans un certain nombre de psychopathies à tendance dépressive. Ces états sont si rebelles aux diverses thérapeutiques que parce qu'on n'en connaît pas la cause. Même en examinant soigneusement ces malades, il est rare qu'on songe à la vésicule biliaire. Nous sommes persuadés qu'elle est plus souvent en cause qu'on le croit. Et ce n'est pas un mince résultat si, traitant la cholécystatonie de ces psychasthéniques, de ces petits mélancoliques on améliore en même temps leurs troubles mentaux.

OBSERVATIONS

MALADES DE LA CONSULTATION DE L'HOSPICE DE LA ROCHEFOUCAULD

OBSERVATION N° I

Mlle Ep... sténo-dactylographe, 33 ans. — Le 4 juillet 1928.

Antécédents :

Pas de maladie grave dans l'enfance, réglée à 17 ans, règles douloureuses, pertes blanches. Elle était très gaie durant sa jeunesse.

Maladie actuelle :

En 1919, à la suite d'un mariage rompu et du suicide de son fiancé elle présente une période de dépression qui va durer deux ans.

Elle est absolument anéantie, prostrée, remâchant sans cesse son chagrin. Elle ne sort pas. Toute joie autour d'elle lui fait mal. Elle fait une tentative de noyade. Elle a des crises de larmes répétées.

Elle devient très susceptible, la moindre observation dans son travail la met en colère, la fait pleurer.

Elle éprouve une grande asthénie. Il lui est pénible de marcher longtemps. Le soir, après son travail, elle est abattue. Elle a des douleurs vagues entre les deux épaules.

Cependant elle ne fait pas son travail avec moins d'ardeur. C'est même, dans son travail qu'elle trouve le plus d'intérêt. Mais une lecture, une conversation un peu longue, une lettre à écrire constituent pour elle un effort pénible.

Pas d'insomnie.

C'est alors que surviennent les troubles digestifs.

Elle perd l'appétit. Ne mange plus à horaire fixe.

Après le repas, elle a une sensation de pesanteur épigastrique, elle a l'impression que ses aliments ne passent pas, elle a des renvois acides et surtout un état nauséux presque permanent — mais jamais de vomissements, pas de crises douloureuses à ce moment.

Le matin au réveil : langue pâteuse, bouche très amère.

Un médecin diagnostique à ce moment un ulcère de l'estomac au début après une radioscopie qui aurait montré une petite tache suspecte sur la petite courbure de l'estomac.

En 1922, sa mère meurt d'un cancer de l'estomac. En l'espace de quatre mois, elle fait coup sur coup une crise d'urticaire, un ictère avec fièvre légère, matières décolorées qui dure un mois, une crise de colique hépatique très violente qui nécessite des injections de morphine.

Depuis ce temps, elle ne s'est plus trouvée bien. Ses troubles digestifs et sa dépression vont en s'accroissant.

En 1925, ses nausées étant plus violentes, on l'examine dans un service de chirurgie, on diagnostique une appendicite chronique. A l'intervention on aurait trouvé un appendice très malade avec adhérences.

Mais après l'opération les troubles ne se sont pas améliorés.

Depuis 5 mois, elle commence à souffrir de l'intestin. Ce sont des douleurs sourdes presque permanentes, tantôt dans tout le cadre colique, tantôt le long du colon droit avec par moments un point douloureux symétrique au niveau du colon gauche.

Elle n'a ni diarrhée, ni constipation.

Elle suit un régime de pâtes, purées, viandes grillées.

En trois mois elle a maigri de 3 kg.

Examen physique :

Malade très amaigrie.

Conjonctives subictériques. Pourtour des lèvres jaune.

Haleine un peu forte. Langue saburrale.

Bonne denture.

Grosse poche à air gastrique, le bord inférieur de l'estomac est à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic.

Le colon gauche est spasmodé, le colon droit n'est pas douloureux.

Le quadrant supérieur droit de l'abdomen est contracturé douloureux ce qui rend difficile l'exploration profonde.

On ne peut sentir le bord inférieur du foie.

Il existe un point douloureux net à mi distance de l'ombilic et du rebord costal droit. Du fait, comme nous le montrera plus tard la radiographie, de la ptose de la vésicule biliaire, ce point bas placé doit être le point vésiculaire.

Le rein droit est ptosé.

L'examen du cœur, des poumons, ne révèle rien d'anormal.

Pouls : 70 — T. A. 7-13.

Au point de vue génital : pertes blanches abondantes, petites crises douloureuses du bas ventre, au toucher : cul de sac droit douloureux.

Signes de vagotonisme : anesthésie pharyngée, anesthésie cornéenne, frilosité.

Examen radioscopique de l'intestin :

L'examen radioscopique de l'intestin après lavement montre une petite ptose colique, pas d'irrégularité de calibre.

La cholécystographie (Dr Lomon) :

La cholécystographie montre une grosse vésicule très basse et atonique, touchant presque l'ombre de la crête iliaque.

Tubage duodénal (le 12-2-1929) :

Bile A normale — Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par la solution de Meltzer-Lyon : Bile B normale en quantité, couleur, limpidité.

Des examens chimiques montrent dans la Bile A : 0g 18 de cholestérine et 12 unités Van den Bergh de pigments biliaires au litre dans la bile B : 1g74 de cholestérine et 66,3 unités Van den Bergh de pigments biliaires.

Dans la suite la malade subit six tubages duodénaux, le 11 février, le 18 février, le 26 février, le 5 mars, le 29 mars, le 3 mai.

Pour l'épreuve de l'excrétion vésiculaire, provoquée on a employé l'huile d'olive chaude qui est mieux supportée, on retire cinq fois de 50 à 60 cmc de bile B mais de teinte et limpidité normales.

Au dernier tubage, qui a lieu plus d'un mois après le précédent, la bile B est très noire.

L'amélioration n'a commencé qu'à dater du quatrième tubage :

Au point de vue digestif : l'appétit est bien meilleur. Les nausées sont beaucoup moins fréquentes, mais la langue reste pâteuse, la bouche est toujours amère le matin. Il persiste de petites crises douloureuses intestinales (peut-être spasmes réflexes d'origine génitale). A pris un peu de poids.

Au point de vue moral l'amélioration est encore plus nette. Les idées noires ont disparu, plus d'inquiétude, plus de crises de larmes. La malade est gaie et pleine d'entrain.

OBSERVATION N° 2

Madame Gib... domestique — 49 ans.

Etait venue consulter en novembre 1927 pour des crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Le début de ses troubles digestifs semble remonter à 1923, à la suite de la mort de son mari atteint de tuberculose pulmonaire. Tout en travaillant, et même en faisant des heures de travail supplémentaires, elle avait soigné son mari pendant cinq mois. A la suite de ce surmenage, elle fait de la dépression. Elle n'a plus de forces, elle devient triste, s'ennuie, se demande ce qu'elle deviendrait si elle ne peut plus travailler, elle a des « idées noires ».

Elle ne peut garder aucune place de domestique. Elle vient d'Auvergne à Paris pour « se changer les idées », puis brusquement, ne se plaisant pas à Paris, elle retourne à Aurillac.

C'est alors qu'apparaissent les premiers troubles digestifs. Les digestions sont lentes. Après le repas, elle éprouve une sensation de lourdeur épigastrique. Elle a des renvois amers au cours ou en dehors des repas. Elle n'est pas constipée.

En 1926-1927, surviennent des crises douloureuses. Elle en a trois en un an. Elles débutent deux heures après le repas de midi, durent 4-5 heures. La douleur siège sous le rebord costal droit en arrière, puis en avant. Elle présente une irradiation descendante. Elle s'accompagne de vomissements alimentaires, puis bilieux.

A la suite des crises ictère de 12 jours.

Dans l'intervalle des crises il persiste une gêne douloureuse dans l'hypocondre droit.

Amaigrissement : 4-5 kg. en quelques mois.

Examen physique :

L'examen physique montre l'existence d'un point vésiculaire très net.

Tubage duodénal :

Un tubage duodénal pratiqué le 9 novembre 1927 montre : une bile A normale en quantité, couleur, limpidité, contenant pigments biliaires : 35 unités Van den Bergh, cholestérine : 0,40, Après épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc de solution de Meltzer-Lyon. on retire une bile B plus foncée que normalement et plus abondante : 60 cmc, où l'analyse montre 116 unités Van den Bergh de pigments biliaires, 1g80 de cholestérine.

Cholécytographie (Dr Lomon). Le 26 octobre 1927 :

Bonne opacification. Vésicule externe repoussée en haut et en dehors par le colon. Vésicule assez grosse du type atonique.

Cette malade a subi plus de 20 drainages de la vésicule biliaire en 3 ans.

Les caractères de la bile sont maintenant normaux. Un tubage récent n'a montré que des traces de pigments biliaires.

L'amélioration est très marquée dès les premiers tubages.

Au point de vue moral : disparition de la tristesse, de l'asthénie, fait plus de huit heures de travail sans fatigue et avec goût.

Au point de vue digestif : lors d'une contrariété, éprouve encore une gêne dans l'hypocondre droit, mais les crises douloureuses ont disparu, plus d'amartume, l'examen montre encore un point vésiculaire très léger.

OBSERVATION N° 3

Madame Ha... infirmière — 37 ans.

Malade soignée depuis mars 1925 à l'Hôtel Dieu et consécutivement à la consultation de l'hospice des Petits-Ménages et à la consultation de l'hospice de La Rochefoucauld.

Antécédents :

Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Elle reste constamment malade.

Réglée à 11 ans, règles douloureuses.

Ne se souvient pas d'avoir eu des périodes de dépression pendant sa jeunesse, au contraire elle était plutôt de caractère gai.

Mariée à 19 ans. Mari tué à la guerre en 1916.

Une fille de 17 ans bien portante actuellement.

En 1921 est soignée à l'hôpital pour toux et amaigrissement, on lui aurait trouvé une lésion au sommet gauche (?)

Maladie actuelle :

Le début des troubles digestifs remonte à mars 1925.

A ce moment la malade avait de gros ennuis de famille, sa fille était malade, elle exerçait le métier de concierge dans une maison de 140 locataires, elle a eu beaucoup de peine à quitter ce métier pénible pour prendre celui d'infirmière.

Les troubles digestifs pour lesquels elle était venue consulter à l'Hôtel Dieu et qui ont nécessité son hospitalisation, ont consisté : en anorexie, lourdeurs épigastriques après le repas, état nauséux et surtout en vomissements bilieux à jeun qui ont duré quinze jours. Elle a maigri de 2 kg et demi en trois mois. Elle est très déprimée. Elle ne peut plus travailler.

Elle se croit très malade. Elle a des idées noires. Elle a subitement dans la journée des crises de larmes sans raison.

Elle se plaint d'une céphalée frontale parfois violente, plus souvent d'une sensation de congestion de la tête, avec, dit la malade, décongestion et refroidissement des extrémités, parfois sensation de tête vide.

De même, la vue de la malade est parfois voilée, mais très fugitivement. Tous ces troubles sont simultanés. Pas de troubles auditifs.

Enfin elle se plaint d'une insomnie très accusée. Son sommeil est très léger. Elle se couche avec l'idée qu'elle ne dormira pas. Un rien suffit pour la réveiller. Elle ne dort qu'à partir de 4 h. du matin. Elle a des cauchemars (on l'étrangle, elle assiste à son enterrement).

Examen physique :

L'examen physique à ce moment révèle un point douloureux vésiculaire très net. On pense successivement à une cholécystite chronique sur la foi d'un premier tubage qui n'a pas donné de réponse vésiculaire après injection de la solution de Meltzer-Lyon ; puis à une atonie vésiculaire sur la foi d'un second **tubage duodénal** pratiqué le 25 mars 1925. La bile A est normale et contient 0,75 de cholestérine. La bile B recueillie après injection de 20 cmc de la solution de Meltzer-Lyon, est plus foncée que normalement, elle contient 2 g 55 de cholestérine 71 unités d'urobiline.

Depuis la malade revient environ tous les mois au tubage.

Actuellement les caractères de la bile B sont tout à fait normaux, on en retire 30-40 cmc, elle est claire. Mais par moments, surtout après une contrariété, un ennui comme récemment la maladie de sa fille, elle a des nausées, parfois de la diarrhée post prandiale, de la congestion du visage, des vertiges, elle est plus triste, pleure facilement, travaille avec moins d'entrain, est plus irritable. « *Elle sent qu'elle a besoin d'un tubage* ».

Et chaque fois, le tubage produit une grande amélioration tant au point de vue des troubles digestifs qu'au point de vue de l'état moral.

OBSERVATION N° 4

Mme Le... 39 ans, sans profession.

Examinée pour la première fois à l'Hospice des Petits-Ménages en octobre 1926.

Antécédents :

Héréditaires : Mère morte de cancer du foie à 38 ans.

Personnels : Rougeole dans l'enfance.

A eu une enfance très difficile, toujours malade.

Réglée à 12 ans : bien réglée.

N'a pas eu de périodes de tristesse pendant sa jeunesse.

Mariée à 22 ans.

En 1913, premier accouchement prématuré : 8 mois et demi, enfant mort-né, infection consécutive, curage digital. Dans la suite période de dépression.

En 1914, deuxième accouchement : enfant bien portant. Abscès du sein, allaitement difficile, grosse inquiétude.

A ce moment le mari part au front, elle est obligée de travailler (vendeuse dans un grand magasin), grande période d'inquiétude, si elle ne recevait pas des nouvelles de son mari ne s'occupait plus de son ménage, de ses enfants.

En 1926, troisième accouchement : enfant bien portant, mais allaitement difficile, l'inquiétude s'aggrave de ce fait.

1918, avortement. 1920, avortement.

Histoire actuelle :

La malade se plaint de *troubles digestifs* en 1924. Elle avait depuis longtemps une constipation opiniâtre. Elle n'allait à la selle que tous les 3-4 jours. Faisait un usage fréquent de laxatifs et purgatifs. Ce qui l'a inquiété à ce moment, c'est l'apparition de crises intestinales douloureuses avec débacle diarrhéique : les selles sont abondantes, liquides, avec des fausses membranes (entérite muco-membraneuse).

En même temps son état général s'affaiblit, elle maigrit considérablement ; des métrorragies apparaissent. On porte le diagnostic d'ovarite scléro kystique et d'appendicite chronique. On lui fait une ovariectomie droite et une appendicectomie. Elle n'a pas eu connaissance du protocole opératoire, et ne peut dire si son appendice était malade.

Cependant ses troubles digestifs persistent.

Par périodes de durée variable, elle a une sensation de malaise général, un état nauséux, son teint devient jaune, le fond des yeux est subictérique, elle a des migraines que 4-5 cachets d'aspirine ne calment pas (les tubages duodénaux les ont fait disparaître).

Elle a l'impression d'avoir dans son ventre quelque chose qu'elle ne peut pas définir. Parfois, après le repas ou quand elle bouge, elle sent comme un poids sous les fausses côtes « Je sens ma vésicule, dit-elle ».

Alors surviennent des *troubles psychopathiques* :

Elle est triste, a des idées noires, envisage les pires catastrophes, craint pour son mari, pour ses enfants.

Elle est très irritable, et sa colère va jusqu'aux gestes violents. Elle les regrette ensuite et se met à pleurer.

Elle a une asthénie considérable, fait son travail de ménagère sans entrain. Elle ne peut écrire une lettre, il semble qu'elle ait perdu la mémoire.

Ces périodes passées elle est plutôt gaie, exubérante, mais brusquement sans cause, peuvent survenir des moments de dépression. Elle est fantasque, s'irrite pour un rien, s'agite, et surtout est très anxieuse à propos de ses proches. Sa fille récemment avait avalé un corps étranger. On lui a fait une gastrostomie. Elle était très énervée, traitant le chirurgien de boucher.

Elle a la phobie de la solitude : elle ne peut rester seule dans une pièce, ou dans la rue, elle a peur d'avoir une syncope, de mourir.

Elle présente quelques troubles du sommeil.

Elle se couche à 9-10h., elle s'endort facilement ; brusquement à 1-2 h. elle se réveille, elle songe aux tracas de la journée. Elle ne se rendort que très difficilement. Elle est au réveil très fatiguée, ne déjeune pas, et toute la journée elle sera triste, morne, parfois l'état de dépression persistera plusieurs jours.

Examen physique, octobre 1926 :

paroi abdominale amaigrie, point douloureux vésiculaire, point appendiculaire (possibilité d'adhérences).

Tubage duodénal :

Bile B très sombre.

Le 28 Janvier 1927 a eu 7 tubages : Se déclare enchantée, a engraisé de trois kg. N'a plus aucune douleur vésiculaire.

Depuis la malade revient assez régulièrement aux tubages. Elle a subi environ une vingtaine de tubages.

Les tubages ont amélioré ses troubles digestifs, ses migraines ont disparu, elle a pris du poids.

Elle est moins anxieuse, mais éprouve toujours de la lassitude.

Il suffit du moindre choc moral pour déterminer un état de dépression auquel s'ajoute bientôt de l'anxiété.

OBSERVATION N° 5

Monsieur Pel... 31 ans, dessinateur en bâtiment, 30 octobre 1928.

Antécédents :

Coxalgie double (?) à 4 ans dont il persiste boiterie-scoliose, déformation thoracique.

Depuis sa jeunesse a un caractère plutôt enclin à la tristesse. Il aime la tranquillité, ne recherche pas les plaisirs. Il s'affectait facilement pour des raisons vagues. Il avait des périodes de tristesse « de cafard », survenant brusquement, sans cause précise durant plusieurs jours suivies de périodes d'activité normale.

Histoire de la maladie actuelle :

Il vient consulter parce que depuis décembre 1927 il a des crises d'angoisse.

Depuis deux ans déjà, il avait des ennuis d'argent, des difficultés au point de vue de sa situation dont il s'exagérait l'importance, mais qui ne laissaient pas de beaucoup le préoccuper. Très actif, il prenait du travail chez lui en dehors de son travail régulier.

La première crise est apparue en décembre 1927. Voici comment la décrit le sujet dans une lettre que nous lui avons demandé de rédiger :

« Impression soudaine d'un changement de l'état normal survenant en pleine tranquillité.

« Sensation d'un « chavirement » intérieur.

« Stupéfaction, anxiété, je me pose la question : que va-t-il m'arriver ?

« L'angoisse augmente avec la crainte d'un dénouement tragique. Agitation, mouvements saccadés, inutiles pour me donner la preuve « que la vie continue ». Déplacement et manipulations d'objets, mouvements désordonnés des mains, des membres. Allées et venues, besoin de sortir, de partir pour échapper à un danger imminent.

« L'attention se concentre de plus en plus sur ces différents phénomènes et je cherche à me rendre compte de la cause de mon trouble, je compte mon pouls, les battements du cœur, examine la coloration du visage, des lèvres etc... (l'aspect du visage ne se modifie pas au cours de ces malaises)..

« Dans l'incapacité de me contrôler, et dans l'incompréhension de cet état, l'anxiété, la peur augmentent.

« La respiration est courte, sans étouffement, au contraire l'impression est de « n'avoir plus besoin de respirer ».

Cette crise durant environ 30 à 40 minutes décroît rapidement d'intensité se termine par un tremblement général ou des bâillements et des éructations répétées. Les mains se couvrent de sueurs. Emission abondante d'urine incolore.

Tout rentre dans l'ordre, il ne reste que la fatigue.

Pendant tout le cours de cette crise, idée dominante : crainte d'une issue fatale et proche ».

Au printemps et en été 1928 : 5 ou 6 crises analogues moins intenses, durée : 15-20 minutes.

En octobre 1928 : deux crises très fortes dans la même journée.

Dans l'intervalle des crises : bon appétit, mange très vite, pesanteur épigastrique après le repas : a l'impression que l'estomac est complètement plein, qu'il ne bouge plus.

Eructations en série fréquentes.

Salivation abondante (avale sa salive).

Pas de constipation.

Troubles psychopathiques :

« Depuis ma dernière crise, état général assez mauvais, diminution des forces et de l'activité. Abattement moral, inquiétude, désintéressement de toutes choses.

Changements dans le caractère : irritabilité, colères, idées noires, besoins de pleurer, très émotionnable.

Peurs irraisonnées ou pour une cause insignifiante (craquement des meubles, etc..)

Je suis toujours porté à exagérer le moindre incident, à établir les suppositions les plus regrettables (reconnues pour la plupart du temps comme invraisemblables).

Exemples : après emploi d'appareils électriques, je crains une électrocoagulation, le contrôle de la tension ayant été fait dans un but rassurant, ma peur subsiste cependant plusieurs jours.

Une légère blessure (piqûre, érosion superficielle, détermine une grande inquiétude, des soins incessants et fait de suite envisager des accidents tétaniques.

Je rapporte à moi-même, les accidents les plus variés, relatés soit dans les conversations entendues, soit dans les écrits, journaux ou autres.

Ayant appris des morts subites de personnes connues ou inconnues, j'évite soigneusement de me trouver dans des circonstances de lieu ou de temps analogues ».

En dehors de ces troubles, il éprouve à certains moments une lassitude vague : une longue conversation le fatigue. Il a parfois au cours de son travail des moments de découragements. Mais, en général, il fait bien son travail. Quand il est occupé cela va mieux.

Il est très indécis, même pour les faits les plus minimes : prendre tel ou tel autobus, aller le soir au théâtre.

Examen physique :

Visage incliné, sourcils froncés, yeux fixes. Se frotte le front au cours de l'interrogatoire. Voix trainante, phrases courtes.

Asymétrie thoracique. Scoliose.

Grosse poche à air gastrique.

Point douloureux vésiculaire.

Cœur : bruits sourds. Pouls : 70. Tens. Art. (Vaquez) : 8-11.

Triangle pileux sus pubien.

Anesthésie cornéenne, anesthésie pharyngée.

Tubage duodénal :

Le 6 novembre 1928.

Bile A : normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : Bile B abondante (60 cmc, très foncée, épaisse.

Dans la suite, durant un mois, pas d'amélioration. sensible au point de vue digestif.

Au point de vue moral, à dater de huit jours après le tubage : moins d'ennuis, moins d'idées noires, plus d'activité, de confiance.

Le 9 décembre 1928 : crise de tachycardie qui a duré une demi-heure et l'a beaucoup inquiété. Ce jour-là il avait fait un repas très copieux.

Le 11 décembre 1928. deuxième tubage.

Bile A normale. Bile B (huile d'olive chaude) 40 cmc, épaisse, moins noire que la précédente.

Trois jours après le tubage, sensation d'étouffement qui dure toute l'après-midi.

Grosse aërogastrie.

On décide de rapprocher les tubages.

Le 22 décembre 1928, le 15 janvier 1929, le 31 janvier, le 14 février, le 25 février, le 8 mars, le 26 mars, le 3 mai le malade subit des tubages.

Toujours la même technique : excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude.

Le 8 mars, la Bile B (40 à 60 cmc) n'est plus noire, elle a une teinte brune normale, et il en est ainsi au cours des tubages suivants.

En dehors des tubages suit un traitement médicamenteux : teintures de belladone-boldo et un régime.

L'amélioration est progressive et sensible à chaque tubage.

Il a encore de temps à autre des crises de palpitations qui durent 2, 3 minutes, mais jamais plus de crises d'angoisses.

Les digestions sont faciles, l'appétit régulier et excellent.

Amélioration très nette de l'état général.

Retour des forces, activité, s'occupe mieux de ses affaires. La fatigue est bien supportée.

Parfois après les repas, sensation de lassitude, d'oppression (mais très irrégulièrement).

Pas de tristesse, retour de la confiance en soi. Volonté plus agissante. Sommeil normal. Réveil dans une sensation de calme et de repos.

OBSERVATION N° 6

Madame Po..., 39 ans, employée de Ministère.

Vient consulter pour des douleurs gastriques.

Antécédents :

Rougeole dans l'enfance. Crise d'urticaire à 6 ans.

Réglée à 14 ans. Vomissements au moment des règles.

Mariée à 32 ans. Un enfant bien portant à 34 ans.

Histoire de la maladie actuelle.

De 20 à 30 ans, elle a beaucoup d'ennuis. Ses parents sont âgés. Elle doit prendre en mains un commerce de grains. Elle dirige tout, elle est sans cesse sous le coup de nombreux désagréments. Elle se demande si elle sortira de cette situation. Elle a des idées noires.

Alors apparaissent des troubles digestifs, elle digère mal ; après les repas, elle a une pesanteur épigastrique, une sensation de gêne qui disparaît vers 4, 5 heures.

Depuis son mariage, elle est employée au ministère des Finances. Et tout en allaitant son enfant, elle s'est contrainte à travailler. C'était pour elle une cause de grands soucis.

C'est depuis ce temps qu'elle souffre plus souvent et plus intensément de douleurs gastriques. Elle se plaint aussi d'une douleur au niveau de l'hypocondre droit après les repas.

Elle a la céphalée, des rachialgies.

Elle a maigri de 12 kgs en 4 ans.

Avec ses périodes de souffrances coïncident des périodes de dépression morale.

Elle est triste, inquiète, abattue, n'ose plus bouger. Elle se demande si elle n'a pas une tumeur, elle a peur de ne pas guérir, elle a des crises de larmes.

Alors aussi elle se sent sa tête comme fatiguée, son métier, qui consiste à faire des écritures, à calculer, lui devient pénible. Son écriture est moins belle. Elle a plus de difficulté à rédiger. Elle est moins vive, moins habile.

Par moments, au cours de son travail, elle est comme absente, si on lui parle, elle n'entend pas, elle est ailleurs, elle suit son idée.

Elle a une impression d'abattement, de lassitude perpétuelle.

Dans les périodes de répit, où ses douleurs gastriques s'atténuent elle est moins triste, elle n'est cependant pas très gaie. Elle voit les choses sérieusement.

Elle a des troubles du sommeil : elle se couche à 10 h., dort jusqu'à 4 h. A ce moment elle souffre de l'estomac. Elle mange un fruit qui calme ses douleurs. Elle se rendort jusqu'à 6 heures. Son sommeil est souvent agité. Elle a des soubresauts musculaires surtout le matin au réveil. Elle a des rêves fréquents où elle revoit les événements tristes de sa vie.

Examen :

Malade à l'aspect sérieux, calme.

Douleur diffuse dans le creux épigastrique.

Foie petit, ptosé.

Point vésiculaire net.

Rien de particulier à l'auscultation du cœur.

Tens. Art. (Vaquez) 10-15.— Pouls : 58.

Anesthésie cornéenne — anesthésie pharyngée

Tubage duodénal :

Les deux premiers tubages échouent.

3^e tubage : 31 octobre 1928. Bile A normale. Bile B (après injection de 20 cmc d'Huile d'olive chaude) abondante, très foncée, noire.

Depuis : cinq autres tubages, environ un par mois. L'un échoue (la sonde ne franchit pas le pylore).

Le 11 janvier 1929 : un tubage ramène encore 30 cmc de bile noire, le reste de la bile B étant de couleur normale.

Le 12 mars 1929, le 12 avril 1929, les tubages ramènent une bile B de coloration normale, de quantité plus abondante : 60 cmc.

Duodéno-cholécystographie (le 24 oct. 1928).

Vésicule opacifiée, très interne dans les décubitus et remarquablement basse dans la position debout. Pas d'image de calcul.

Duodénum, pylore et bulbe ptosés, mobiles, sans déformation évidente, sans indice d'adhérences avec la vésicule; contractions un peu paresseuses, pas de troubles de l'évacuation.

La malade a ressenti de ses tubages une grande amélioration au point de vue de ses troubles digestifs, elle n'a plus ses douleurs gastriques.

Par contre, son état de dépression persiste.

L'impression que nous avons c'est que le traitement a été insuffisant. La malade a eu seulement cinq tubages, ces tubages ont été trop espacés (un mois et plus). Il faut continuer le traitement avec plus de régularité.

OBSERVATION N° 7

M. R..., employé, 54 ans. Mars 1929.

Vient consulter pour des troubles digestifs, en particulier une constipation opiniâtre qui date de l'âge de 25 ans.

Antécédents :

Rougeole dans l'enfance. A 22 ans, poussée de furonculose ; à 45 ans, oreillons.

Histoire de la maladie actuelle :

En 1913, il a une période de surmenage, il faut un travail supplémentaire en remplacement de ses collègues. Il a une hygiène alimentaire déplorable, prend ses repas à des heures irrégulières, très rapidement. Il dort peu.

Cette période dure cinq ans.

Dans la suite il est très fatigué. Il éprouve de grandes difficultés pour bien faire son travail, il a l'impression de n'être plus très sûr de lui.

Il éprouve une céphalée très vive siégeant du côté gauche du crâne.

Il a des moments d'abattements. Il se croit perdu, s'attriste profondément, a des crises de larmes.

Il suit un traitement hydrothérapique (douches), prend du repos, son asthénie disparaît.

Parallèlement se sont développés des troubles digestifs.

Il a de l'aérophagie : chaque jour en se levant et le soir vers 6 heures, il a des éructations en série.

Il a d'ailleurs de la sciaborrhée.

Il mange de bon appétit, ses digestions sont bonnes. Parfois il a une sensation de faim post-prandiale. Quatre, cinq heures après le repas, il est pris d'une céphalée périorbitaire.

Ce qui domine, c'est une constipation opiniâtre.

Il ne peut aller à la garde-robe sans prendre un suppositoire ou un médicament. Il a remarqué que le sulfate de magnésie réussissait le mieux. Ses matières sont alors jaunes, au passage de l'anus elles donnent une sensation de brûlure caractéristique de l'évacuation de bile.

Examen physique :

Malade un peu amaigri, au teint pâle.

Langue saburrale.

L'estomac paraît en situation normale.

Le foie est de dimensions normales.

Point douloureux vésiculaire en palpation profonde.

L'examen du cœur ne révèle rien de particulier.

Pouls : 72. — T.A. (Vaquez) 7 -13.

Rien à l'examen des poumons.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Présente quelques signes de Vagotonisme :

Triangle pileux sus-pubien.

Anesthésie cornéenne, anesthésie pharyngée.

Le matin au réveil présente un syndrome d'asphyxie locale des extrémités : surtout lorsqu'il fait froid, tous les doigts jusqu'à la première phalange sont blancs, glacés, morts, il doit les secouer.

Sensation de froid généralisée presque continuelle.

Signes névropathiques :

Sont peu marqués.

Il s'agit d'un homme sérieux, grave, aimant la tranquillité.

Il est facilement préoccupé, surtout les jours où les digestions sont moins bonnes.

Il est très sujet à contrariété : il a changé de bureau depuis quelque temps, il a de mauvais employés contre lesquels il se met facilement en colère.

Son esprit n'est plus aussi lucide qu'auparavant. Il a du mal à se mettre au travail. Certains jours il a l'impression que son esprit est fermé.

Présente de l'insomnie. Il se couche à 9-10 heures, dort jusqu'à 1 heure du matin. Se réveille sans cause, ne peut se rendormir. Doit prendre un narcotique.

Cholécystographie (Dr Lomon) :

Vésicule paraît de forme et de situation normales.

Tubage duodénal :

Le 22 février 1929.

Bile A normale - Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : 60 cmc de bile noire, épaisse, non transparente, typique de stase vésiculaire.

Le 8 mars 1929, 2^e tubage :

Bile A de teinte plus sombre que normalement.

Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : 40 cmc de bile noire plus 20 cmc de bile B normalement foncée.

Va suivre le régime et prendre tous les matins deux cuillerées à soupe d'huile d'olive.

Après ce tubage, amélioration, digère mieux, les matières sont mieux moulées. Il va à la selle sans prendre de purgatif. Il a eu encore 3 fois la migraine.

Le 19 mars 1929 : 3^e tubage ne réussit pas : la sonde ne franchit pas l'estomac.

Le 29 mars 1929 :

La constipation est très améliorée.

L'état général est plus satisfaisant.

Le tubage ne réussit pas.

Le malade reviendra au tubage après le congé de Pâques.

En somme : état vagotonique typique, avec atonie vésiculaire révélée par le tubage, tandis que la cholécystographie montre une vésicule de situation normale.

OBSERVATION N° 8

Madame Rop..., infirmière, 40 ans. Le 28 octobre 1928.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Père mort à 55 ans. Mère âgée de 83 ans souffre de l'estomac.

9 frères et sœurs, bien portants.

Mariée à 22 ans. Mari très bien portant. Un enfant bien portant actuellement.

Antécédents personnels :

Réglée à 13 ans, très régulièrement jusqu'à l'année dernière.

Depuis ce temps les règles sont peu abondantes, ne durent qu'un ou deux jours. Elles ont parfois 10 à 12 jours d'avance.

En 1909 : arthrite rhumatismale du genou gauche qui l'immobilise trois semaines au lit.

Histoire actuelle :

Elle vient consulter pour des pesanteurs douloureuses gastriques survenant après le repas.

Le début de ses troubles remonterait au mois de juillet 1928.

Immédiatement après chaque repas, elle ressent une pesanteur douloureuse siégeant dans le région épigastrique, accompagnée de gonflement, de brûlures rétrosternales. Cette pesanteur persiste jusqu'au repas suivant. Elle est calmée par l'ingestion d'aliments, d'alcalins.

Souvent tard dans la soirée elle a des renvois acides agaçant les dents.

Parfois vers minuit, une heure du matin, elle a un revoi amer de bile.

A trois reprises, elle a eu un grand vomissement de bile verte, noirâtre, épaisse.

Ce qui domine d'ailleurs, c'est un état nauséux presque permanent.

Il lui suffit de prendre son café le matin pour conserver un état de nausée persistant jusqu'à midi, avec goût amer dans la bouche. Elle craint de s'alimenter, et s'est mise, pour éviter les nausées, à un régime de restriction alimentaire très sévère.

Elle a maigri de 3 kgs de ce fait.

Ses fonctions intestinales sont bonnes : elle n'a pas de constipation.

A signaler une crise de diarrhée épisodique il y a 8 jours.

Examen :

Il s'agit d'une femme grande, forte, un peu obèse.

Son visage garde pendant toute la durée de l'examen un aspect, résigné, triste.

Elle répond aux questions d'une voix lente, traînante, pleine d'amertume.

Au point de vue physique :

L'abdomen présente une paroi souple ;

L'estomac est en situation normale, une radioscopie pratiquée le 3 novembre 1928 indique qu'il est de forme régulière, sans trouble de sécrétion, ni d'évacuation ;

le foie est de dimensions normales.

Il existe un point douloureux vésiculaire très net dans les différentes positions.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal.

Le pouls est à 64, la tension artérielle (appareil de Vaquez) à 9-13 $\frac{1}{2}$.

Les réflexes rotuliens et achilliens sont présents.

On note des signes de vagotonisme : anesthésie cornéenne, anesthésie pharyngée, frilosité, refroidissement des extrémités.

Enfin, elle présente les *signes névropathiques* suivants :

Elle est extrêmement triste depuis l'apparition de ses troubles digestifs.

En fait, elle a toujours eu un caractère triste. Elle n'a pas eu dans sa vie d'événement grave qui ait pu l'impressionner fortement, mais elle a une tendance facile aux pensées sombres, « aux idées noires ». Ainsi, au moment de sa grossesse, elle se voyait mourir; étant dans le métro par exemple, elle avait constamment peur qu'un déraillement survienne.

Elle pleure facilement.

Elle n'a pas d'idée de suicide.

Elle est très irritable, la moindre contrariété la met en colère.

Elle n'a pas d'asthénie et fait son travail sans nonchalance.

Ce qui domine, c'est une grande tristesse, et cette tristesse a augmenté considérablement depuis l'apparition de ses troubles digestifs.

La coïncidence de ces signes mélancoliques avec l'état nauséux et le point douloureux vésiculaire fait penser à l'atonie vésiculaire. On décide de faire un tubage duodénal.

Le 1^{er} novembre 1928 :

Premier tubage duodénal : bile A normale.

Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection

1) de l'actosérum (galazène) : pas de réponse.

2) de 20 cmc d'huile d'olive chaude : on retire 60 cmc de bile B, très foncée, épaisse, bile typique de stase vésiculaire.

La malade revient aux tubages tous les 8 jours pendant trois semaines, puis tous les 15 jours. Elle a subi onze tubages qui ont admirablement drainé sa vésicule biliaire puisqu'aux derniers tubages la bile B était claire et limpide.

Elle en éprouve une grande amélioration.

Au point de vue physique : son état nauséux a disparu, elle n'a plus ses pesanteurs d'estomac.

Au point de vue moral : elle est plus gaie, a perdu ses idées tristes ; elle témoigne de plus d'entrain.

OBSERVATION N° 9

Gabrielle Th..., 35 ans, culottière, 20 novembre 1928.

Vient consulter pour des douleurs gastriques datant de deux ans.

Antécédents héréditaires — n'ont rien de particulier.

Antécédents collatéraux : mari tué à la guerre. Un garçon de 16 ans bien portant, deux avortements.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans 1/2, bien réglée, pas de maladie grave.

Histoire de la maladie actuelle :

La malade souffre depuis deux ans de l'estomac.

Elle a des crises survenant par périodes de durée variable, autrefois séparées par de longues accalmies, actuellement ces accalmies sont de plus en plus courtes et ne durent qu'à peine quinze jours.

Les crises surviennent tantôt immédiatement après le repas, tantôt 4, 5 heures après le repas.

Les douleurs siègent au creux épigastrique, irradient dans le dos : elles sont transfixiantes, particulièrement vives. Elles durent jusqu'au prochain repas. Les aliments les calment. Elles sont moins bien calmées par les alcalins.

La nuit les douleurs sont moins vives. Vers 4, 5 heures du matin, elle est réveillée par une sensation d'endolorissement épigastrique.

Ces douleurs s'accompagnent de renvois acides, aqueux, agaçant les dents, de congestion du visage ; les extrémités sont froides, le corps est couvert de sueurs, des frissons surviennent parfois.

Jamais de vomissement, jamais d'hémathémèse, jamais de fièvre.

Il existe une constipation de longue date, entrecoupée par moments de coliques avec gargouillements et débâcle diarrhéique.

En dehors des crises douloureuses, la malade conserve un bon appétit elle ne suit aucun régime, sa nourriture est plutôt copieuse. Mais au moment des crises, elle ne mange pas de peur de souffrir.

Elle a maigri de 20 kgs. en 3 ans. Cet amaigrissement va en s'accroissant.

Elle a suivi des traitements variés : alcalins, belladone, bromure de sodium, gardénal, qui ont donné chacun une amélioration relative. Mais dans l'ensemble, l'état de la malade s'est aggravé depuis ces derniers mois.

Examen physique :

La malade présente un assez bon aspect général.

Son teint est rosé. Elle garde cependant durant tout l'interrogatoire un air triste, désabusé. Langue saburrale, goût amer dans la bouche.

Sa paroi abdominale présente une teinte un peu jaunâtre. Elle est flasque, peu épaisse, ce qui témoigne de l'amaigrissement.

Il existe un point douloureux dans la région épigastrique, à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic, très net; la pression réveille un point douloureux dans le dos.

Pas de points douloureux intestinaux.

Le foie paraît de dimensions normales.

Il existe un point douloureux vésiculaire assez léger lors du premier examen.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. Le pouls est à 80 ; la tension artérielle (appareil de Vaquez) à 9-13.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

L'ensemble de cette histoire, en raison de l'intermittence des crises douloureuses, du siège des douleurs, de leur irradiation, faisait penser à un *ulcère de l'estomac*, et c'est ainsi que la malade avait été présentée la première fois. Mais certains signes nerveux et mentaux attiraient suffisamment l'attention pour être étudiés avec un soin particulier, et c'est ainsi que nous avons pu reformer un diagnostic et conclure à l'*atonie vésiculaire*.

Troubles névropathiques.

La malade nous dit son histoire d'un ton triste, plaintif.

Depuis sa jeunesse, elle a eu une vie assez difficile.

Dès l'âge de 12 ans, elle a été obligée de gagner sa vie.

Elle n'a jamais eu le caractère gai, et très souvent elle avait des périodes de tristesse, surtout au moment des règles.

Son mari est mort à la guerre. Originaire d'Amiens, elle a dû se réfugier à Paris. Restée seule avec un petit garçon à élever, elle a été obligée de travailler. Elle a pris le métier de culottière, métier pénible qui la fait veiller presque tous les soirs. Elle ne prend ses repas qu'à des heures irrégulières et très rapidement.

Tous ces avatars ont aggravé sa tristesse habituelle. Mais c'est depuis deux ans : du jour où sont survenues ses crises que son état est devenu plus inquiétant.

Ses crises s'accompagnent d'une grande dépression physique et morale.

Elle abandonne tout travail. Elle ne peut rester seule. Elle a peur de mourir.

Elle sort de ces crises très abattue, et cet abattement persiste entre les crises.

Son aspect actuel est celui d'une personne inquiète, sa tête est baissée, ses yeux interrogateurs, sa voix trainante, plaintive. Elle semble souffrir intérieurement.

Elle se demande pourquoi nous l'interrogeons. Elle croit que c'est dans une mauvaise intention. Elle voit « tout en noir ».

Il lui arrive dans le courant de la journée, au milieu de son travail d'avoir des idées tristes, des « chagrins, des peines » elle se met à pleurer. Elle n'a pas d'idées de suicide.

Mais ce qu'elle craint, c'est d'être opérée « Mon Dieu ! pourvu qu'on ne m'opère pas ! ». Elle a peur de mourir du fait de l'opération.

Elle a peur aussi de ne pas guérir. On ne veut pas lui dire ce qu'elle a. Peut-être a-t-elle un cancer (sa belle-sœur est morte d'un cancer).

Elle a tendance à tout exagérer on veut inciser un panaris à son fils, elle croit qu'on va lui couper le doigt. Il suffira que son fils rentre un peu en retard pour qu'elle en éprouve les pires inquiétudes.

Après ses crises, les douleurs passées, elle est plus gaie, plus vive, elle n'est plus la même femme ; mais bientôt, au bout de deux jours sans même souffrir, elle retombe dans sa tristesse.

Elle est facilement contrariée, une observation au cours de son travail la tracasse toute la journée, même toute la nuit.

Elle est très consciencieuse, très scrupuleuse et même assez orgueilleuse de ses talents de couturière. Elle n'ose pas rendre à ses employeurs un travail qu'elle croit mal fait parce qu'il manque un bouton.

Cette tristesse et cette anxiété s'accompagnent d'indécision. La malade peut rester des journées sans pouvoir prendre une détermination au sujet de menus faits de son ménage ou de son travail, puis, elle se décide brusquement.

Elle se plaint d'asthénie, elle a des douleurs diffuses dans le dos, dans les bras. Elle est vite essoufflée en montant les étages, ses jambes lui font mal. Elle n'a plus la force de supporter son corps.

Son travail lui devient « une corvée, un esclavage ». Elle coud moins vite, fait moins de pièces, et trouve que ses employeurs sont plus exigeants.

Par ailleurs, elle a de l'anidéation, tout effort mental lui est pénible. Elle n'aime pas la lecture, elle n'a pas la patience de lire. Elle n'aime pas non plus écrire. Elle doit chercher ses mots, sa mémoire est amoindrie.

Les troubles du sommeil sont importants. L'insomnie est fréquente. La malade se couche à 10-11 heures. Elle reste jusqu'à minuit sans s'endormir, elle a des idées tristes, pense à sa mère morte, se demande ce que deviendrait son fils si elle venait à mourir.

Elle sent que le sommeil naturel ne viendra pas. Elle prend un comprimé de gardénal qui l'endort.

Le lendemain au réveil elle est fatiguée, elle a besoin de sommeil, sa bouche est mauvaise, pâteuse.

Une heure ou deux après s'être levée elle se sent mieux. Mais le temps lui semblera long jusque vers cinq heures de l'après-midi. Alors elle n'est plus la même personne. Elle reprend son activité. Au moment de s'endormir, le sommeil ne vient pas.

Tels sont les troubles psychiques.

L'examen révèle quelques signes neurologiques importants

Les réflexes achilléens et rotuliens sont vifs.

Il y a de l'anesthésie cornéenne et pharyngée.

Il y a de larges zones d'anesthésie cutanée à la piqure au niveau des bras et des jambes avec des zones de dysesthésie.

Tous ces symptômes font penser à l'hypervagotonie.

L'hypothèse d'une affection organique est abandonnée, on porte le diagnostic de dyspepsie nerveuse. La tendance nettement mélancolique des troubles mentaux nous porte à rechercher une atonie vésiculaire par le tubage duodénal, par la cholécystographie.

Premier tubage duodénal :

Le 25 Novembre 1928.

Bile A normale.

Après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude: Bile B très noire, épaisse, abondante (60 cmc) stase vésiculaire typique.

Après ce tubage, la malade est très fatiguée. Pendant toute l'après-midi qui suit elle a des tiraillements d'estomac, la nuit elle a des cauchemars.

Le lendemain la lassitude persiste. Elle souffre de partout.

Mais les nuits suivantes, elle peut dormir. Cependant elle a encore des douleurs gastriques. Elle se trouve moins bien qu'avant le tubage.

Deuxième tubage duodénal

Le 5 Décembre 1928.

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée, malgré deux injections d'huile d'olive chaude pas de réponse vésiculaire.

Cependant la malade accuse les jours suivants une amélioration tant au point de vue digestif qu'au point de vue mental.

Troisième tubage duodénal :

Le 10 décembre 1928.

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée.

1) solution de Meltzer-Lyon : pas de réponse.

2) Huile d'olive chaude (40 cmc) : 10 cmc de bile noire plus 40 cmc de bile B de teinte normale.

La malade ne s'est pas reposée après son tubage ainsi que nous le lui avons conseillé.

Aussi a-t-elle eu des coliques dans l'après-midi. Le lendemain matin au réveil, elle a brusquement une diarrhée abondante fétide, verdâtre, donnant une sensation de brûlure au passage de l'anus (probablement c'est une évacuation de bile, l'effet de l'excitation vésiculaire se poursuit).

Après ce tubage, l'état moral s'est amélioré. La malade est moins triste, son travail lui semble plus facile.

Elle a beaucoup d'appétit, ne souffre plus, « elle ne songe plus à son estomac ».

Mais cette diarrhée l'a encore un peu inquiétée. Elle n'ose pas avouer qu'elle va mieux.

Quatrième tubage duodénal :

Le 16 décembre 1928 :

Le quatrième tubage ne réussit pas. La sonde ne franchit pas l'estomac. On adjoint au traitement : à prendre pendant dix jours par mois, avant chaque repas, vingt gouttes de la mixture suivante :

teinture de belladone	} àa
teinture de boldo	

et les dix jours suivants : chaque matin à jeun, deux cuillerées à soupe d'huile d'olive.

Pendant deux mois, pour des raisons personnelles, la malade ne peut venir au tubage, elle a suivi le traitement indiqué précédemment.

Elle en éprouve une grande amélioration :

Au point de vue digestif : elle a meilleur appétit, ne souffre plus dans le dos.

Au point de vue moral : elle est gaie, ses idées noires ont disparu. elle n'a plus ses craintes, elle est cependant toujours facilement contrariée,

Cinquième tubage duodénal :

Le 28 Février 1929.

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : on retire encore 40 cmc de bile noire.

Le 12 mars 1929.

L'amélioration de l'état moral persiste. Mais elle se plaint à nouveau de gêne épigastrique après le repas.

Sixième tubage duodénal :

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, 40 cmc de bile B de teinte et transparence normales.

Le 19 mars 1929.

La malade a eu la veille une crise douloureuse épigastrique qui l'inquiète. La gêne douloureuse après le repas persiste. L'examen physique ne montre rien de particulier.

Septième tubage duodénal :

Le septième tubage après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, ramène 30 cmc de bile noire, 10 cmc de bile B teintée normalement.

La malade est partie sur ces entrefaites, en province pour se reposer. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Choléecystographie (Dr Lomon), le 9 Janvier 1929.

Grosse vésicule atonique mais normalement perméable sans déformation des contours et sans image de calculs.

OBSERVATION N° 10

Mme Vin..., vendeuse, 40 ans.

Malade suivie depuis novembre 1925, date où elle était venue consulter à l'Hôtel Dieu pour des crises douloureuses gastriques.

Antécédents :

Elle a eu une enfance très difficile, sans cesse souffreteuse, pâle, lymphatique, on craint un moment qu'elle ne soit tuberculeuse. Son père alcoolique meurt très jeune. Elle doit travailler pour aider sa mère. Elle est sujette à des périodes de dépression, des accès de tristesse sans cause.

Dès l'âge de 15 ans, elle se plaint de crises douloureuses gastriques intermittentes.

Le 24 mai 1924, elle avait subi une hystérectomie totale. Elle fait consécutivement un ictère par intoxication chloroformique.

Histoire de la maladie actuelle :

Au début de 1925 apparaissent des crises douloureuses. Elles surviennent à des périodes variables toutes les 4-5-6 semaines. Après les repas, elle a brusquement l'impression que son estomac se serre, se rétracte, elle étouffe. Puis apparaissent des douleurs épigastriques plus vives.

Nous ne l'avons pas vu au début de son affection, et nous n'avons notre disposition qu'une observation où se trouve ce diagnostic résumé : apparence de crises gastriques d'origine vésiculaire (ictère consécutif, point douloureux vésiculaire) aérophagie concomitante, amaigrissement, asthénie, fièvre intermittente.

Une radioscopie de l'estomac ne montre rien d'anormal.

Il n'a pas été fait de cholécystographie.

Un premier **tubage duodénal**, montre, après épreuve d'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc de solution de Meltzer-Lyon, une bile B très abondante et très foncée.

On pose alors le diagnostic de stase vésiculaire avec crises pseudo-gastriques.

Depuis la malade revient toutes les 4-5 semaines pour un drainage vésiculaire.

Pendant un temps, ses crises persistent accompagnées d'un état nauséux marqué avec goût amer de la bouche. La malade sent qu'elle a besoin d'un tubage.

Ce qui est remarquable, c'est l'apparition à ce moment de troubles psychiques.

Avant la crise et pendant la crise elle a un peu de céphalée. Elle devient triste, n'est pas en train. Elle perd toute patience. « Prend son mari en grippe ». Elle a des crises de larmes. Un petit contre-temps, une réflexion soi-disant mal à propos l'irritent. Elle voudrait être partie de chez elle. Elle est énervée.

En même temps, elle est très fatiguée. Elle n'a pas la force de monter les marches du métro, de courir après un tramway. Son travail de vendeuse

ne lui prend que la matinée. Elle voudrait l'avoir fini. Elle a la volonté de l'accomplir, mais pas la force.

L'année dernière (après une grippe compliquée de sinusite) elle était encore plus déprimée. Elle perdait la mémoire. Se demandait si elle était bien chez elle, semblait par moments sortir d'un rêve. D'une cliente à une autre elle devait s'efforcer de se souvenir de l'objet demandé. Elle faisait des erreurs de calcul. Sa tête était vide, lasse. Une conversation longue lui était pénible. Elle traversait la rue comme une machine.

Dans l'intervalle de ces crises et de ces états de dépression, elle dit ne pas avoir un mauvais état moral. Mais elle n'est pas gaie. Elle est patiente avec ses clients. Mais après son travail, elle est énervée, facilement irritable. Elle semble prendre son parti de sa maladie. Elle est résignée.

Ajoutons qu'elle présente quelques troubles du sommeil. Elle se couche vers 9-9 heures et demi. Elle dort bien jusqu'à 3 h. Se réveille, a trop chaud, croit avoir un accès de fièvre. Elle a mal à l'estomac, croit n'avoir pas bien digéré. Puis au bout d'un temps plus ou moins long, se rendort jusqu'à 6 h. Dans l'ensemble son sommeil est agité. Elle rêve tout le temps, parfois elle a des cauchemars.

Signes de vagotonisme :

Pouls : 52. Tens. Art. (Vaquez) 7-11.

Frilosité surtout localisée aux mains.

Anesthésie cornéenne et pharyngée.

Cette malade a suivi un traitement de plus de 20 tubages duodénaux.

Les premiers tubages n'ont pas donné de résultats.

Dans la suite, est survenue une amélioration nette : la bile B est limpide, de coloration normale, les troubles digestifs se sont atténués, les crises sont moins fréquentes, moins longues, moins douloureuses. Elle est beaucoup moins asthénisée, elle a plus de force pour faire son travail. Elle est moins triste, elle a repris le dessus, elle a encore des moments où « elle n'a plus sa tête », mais c'est rare. « Auprès d'auparavant, dit-elle, je vais bien mieux ».

OBSERVATION N° 11

Fernand V..., cimentier, 24 ans. 31 octobre 1928.

Il s'agit d'un homme vigoureux, bien constitué. Originaire de la Creuse, il est venu à Paris il y a quatre mois pour exercer la profession de cimentier.

Il vient consulter pour un ensemble de troubles psychiques et de troubles digestifs.

Quand il se présente à nous, il dit : « Voilà, ça ne va pas, je ne sais pas, je ne peux pas vous expliquer, je souffre partout et nulle part, je souffre plutôt à droite, mais je crois que c'est le moral ».

Sa santé semble s'être altérée à 15 ans. A ce moment, il a eu de l'anémie. Il toussait, crachait un peu. On a pensé à la tuberculose pulmonaire. Un examen complet avec radioscopie n'a rien révélé d'anormal. Il a eu beaucoup de peine à se remettre.

Depuis ce temps il a des périodes de dépression caractérisées par

une tristesse qui survient sans cause précise, un ralentissement de son activité. Ces périodes sont de durée variable. Dans l'intervalle il se sent bien.

C'est secondairement, à une date qu'il ne peut préciser, qu'apparaissent des troubles digestifs. Le matin au réveil sa langue est pâteuse, sa bouche amère, il a un dégoût insurmontable. Il ne peut parler, ses idées ne sont pas claires. Il fait un peu d'exercice et tout se passe.

Dans la journée, il mange de bon appétit. Mais après le repas, il a une sensation vague qu'il n'arrive pas à définir (cénesthésie), de gêne du tube digestif, surtout localisée à droite.

Il a parfois des éructations en série, des renvois amers.

Il n'a jamais eu de véritable crise douloureuse.

De très longue date, il a une constipation opiniâtre. Il est obligé de prendre des purgatifs divers pour aller chaque jour à la selle.

Il a consulté de nombreux médecins et suivi les thérapeutiques les plus diverses, mais sans aucun résultat.

De ce fait il est inquiet et découragé. Il ne désespère pas de guérir mais « cela l'ennuie d'être dans cet état ».

Il est déprimé, mais non asthénique. Il se sent suffisamment de forces pour faire son travail, mais il le fait plus lentement, il n'a pas l'esprit à ce qu'il fait. Il a un véritable ralentissement psychique : s'il écrit une lettre, les idées ne lui viennent pas. Il ne peut plus calculer de tête, une longue conversation le fatigue, il répond par des phrases brèves.

Il a de l'aboulie : il hésite longtemps avant de prendre une détermination, il ne se décide pas : « Je ne peux pas prendre une détermination » dit-il.

Il a dans la journée des moments de tristesse où il lui arrive de pleurer, il a même des idées de suicide.

Par ailleurs, il ne souffre pas : pas de céphalée, pas d'achialgie.

Son sommeil est agité, il a des cauchemars (zoopsies, rêves professionnels).

Il boit un litre de vin par jour, pas d'apéritif.

Examen :

Malade robuste. Son aspect extérieur de bonne santé semble contredire ses plaintes.

Il a l'air inquiet, préoccupé, il garde un ton sérieux.

La teinte de son visage est jaunâtre (il lui arrive d'avoir parfois les conjonctives subictériques). Le reste de ses téguments, surtout la peau de son abdomen, a une teinte cholémique très nette.

Sa langue est saburrale, son haleine forte.

On ne trouve pas de points douloureux au niveau de l'estomac ou de l'intestin.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

On note un point douloureux vésiculaire dans les diverses positions.

Rien de particulier au point de vue cardiaque et pulmonaire.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

On note un triangle pileux suspubien.

De l'anesthésie oculaire, pas d'anesthésie pharyngée.
Le pouls est à 100.

Traitement :

Epreuves d'excrétion vésiculaire provoquée.

1) le 1 novembre 1928 :

Bile A normale.

Bile B, après injection de 20 cmc de galazène (Lactosérum) pas de réponse. Après injection de 20 cm3 d'huile d'olive chaude, 60 cmc de bile noire, épaisse, non limpide.

2) Le 9 novembre 1928 : depuis le dernier tubage : il se trouve un peu mieux.

2^e tubage : Bile A normale.

Bile B, après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, 60 cmc de bile limpide et de coloration normale.

Le malade ne peut revenir avant un mois. Pendant ce temps, il prendra chaque matin à jeun deux cuillerées à soupe d'huile d'olive.

3) le 10 décembre 1928, pas d'amélioration.

3^e tubage : Bile A : petite quantité.

Bile B : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, 40 cmc de bile très noire, très épaisse. Durée de l'écoulement : une heure.

15 décembre 1928 : 4^e tubage : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, on retire 30 cmc de bile B très noire.

21 décembre 1928. Depuis le dernier tubage, le malade se trouve mieux au point de vue moral : il est plus dispos, plus gai, fait mieux son travail. Au point de vue digestif : ses sensations de gêne ont disparu, mais il persiste toujours le matin au réveil l'amertume de la bouche.

5^e tubage : spontanément, bile foncée, limpide, ayant les caractères d'une bile B normale.

Après injection de 20 cmc de la solution de Meltzer-Lyon on retire 40 cmc de bile B de même coloration que la précédente.

On ne fait pas d'injection d'huile d'olive chaude.

Va prendre avant chaque repas 20 gouttes de teinture de Belladone — Boldo.

6) 11 janvier 1929. Depuis le dernier tubage, amélioration encore plus marquée des troubles digestifs, la langue est moins pâteuse le matin, amélioration de la tristesse. Va suivre le traitement suivant : pendant dix jours, deux cuillerées à café d'Agocholine à chaque repas. Les dix jours suivants, deux cuillerées à soupe d'huile d'olive le matin à jeun.

6^e tubage : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, on retire 10 cmc de bile B noire et 70 cmc de bile B limpide de coloration normale.

7) 30 janvier 1929 : 7^e tubage ne réussit pas, la sonde ne franchit pas le pylore.

8) 9 février 1929 : 8^e tubage : 10 cmc de bile noire (après injection d'huile chaude).

9) 23 février 1929, grosse amélioration au point de vue des fonctions digestives.

Se sent beaucoup plus d'entrain et de gaieté qu'avant la série de tubages.

9^e tubage : après injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : 50 cmc de bile B un peu sombre mais très limpide.

En somme, disparition de la bile noire.

Amélioration des troubles digestifs.

Amélioration de l'état psychique.

OBSERVATION N° 12

Mme Wan... 45 ans, ménagère, nationalité belge.

Vient consulter le 13 novembre 1928 pour des douleurs gastriques.

Antécédents :

Pas de maladie grave dans l'enfance.

Pas de périodes de tristesse durant sa jeunesse.

Réglée à 11 ans, bien réglée.

Mariée à 19 ans.

Mari bien portant, 3 enfants bien portants.

A eu la variole durant sa première grossesse.

Histoire de la maladie actuelle :

Elle souffre de l'estomac depuis une vingtaine d'années.

A ce moment, sa seconde fille était très malade, elle avait eu successivement une rougeole et une scarlatine. Sa mère était très inquiète, se surmenait, dormait mal, passait la nuit à pleurer, ses repas étaient courts, à des heures irrégulières.

Elle a eu à ce moment une période de grande dépression qui a coïncidé avec le début de ses maux d'estomac. Il s'agissait de brûlures épigastriques survenant après le repas.

Dans la suite, après la guérison de sa fille, notre malade a repris le dessus. Son état général tant physique que moral s'est amélioré. Mais par intermittences surviennent encore des brûlures épigastriques.

En 1922, elle quitte la Belgique où elle avait toujours vécu et vient à Paris. Elle s'est sentie très dépaysée. Son fils qui était venu avec elle l'a quittée. Elle a été obligée de travailler dans un restaurant, puis de quitter ce travail qui ne paraissait pas lui convenir. C'est de ce moment que date son état de tristesse.

Parallèlement ses troubles digestifs se sont accentués, depuis cinq ans surtout. A la fin des repas elle éprouve une pesanteur dans l'hypochondre gauche, elle a l'impression que ses aliments sont lourds, ne passent pas. Cette sensation dure une heure ou deux, s'accompagne de pyrosis, de renvois alimentaires, de congestion du visage, parfois de céphalée. Sa douleur diminue quand elle se met en position couchée.

Elle a conservé son appétit, mais mange peu pour ne pas provoquer ses douleurs. Elle a maigri de 20 kgr. en 8 ans.

Elle est constipée de longue date, elle peut rester trois jours sans aller

à la selle. L'expulsion des matières est difficile, s'accompagne de coliques. Elle a parfois des lipothymies.

Examen physique :

Le visage de la malade est couvert de pustules d'acné. Cette acné est plus marquée quand elle souffre plus de son estomac.

Elle a une mauvaise denture, sa langue est rose non saburrale.

La paroi abdominale est distendue, amincie, parsemée de vergetures elle fait saillie quand la malade s'assoit. A la percussion toute la sonorité abdominale est au dessous de l'ombilic.

Le signe de la sangle est positif. Le creux épigastrique est douloureux à la percussion. Une radioscopie pratiquée le 29 nov. 1928 par le Dr Lomon indique : estomac normal, sans trouble de sécrétion, ni d'évacuation à la 24^e heure, gros caeco-colon droit avec coudure de l'angle sous-hépatique ; l'ensemble forme une masse volumineuse très ptosée dans la fosse iliaque. Ptose considérable du transverse. Stase caeco-colique droite avec ptose du colon droit.

Le foie paraît de dimensions normales.

Point vésiculaire douloureux.

Cœur, poumons : rien à signaler.

Rétroversion utérine.

Réflexes rotuliens et achilléens présents.

Système neuro-végétatif : anesthésie oculaire , anesthésie pharyngée.

Troubles névropathiques

Depuis son arrivée à Paris, elle est très déprimée.

Elle est triste, a sans cesse des « idées noires », pense à sa maladie, croit avoir une maladie très grave, un cancer. « Si elle était sûre d'avoir un cancer elle se jetterait à l'eau ». Un rien la fait pleurer. Il lui arrive de pleurer la nuit. Elle croit toujours qu'elle va mourir.

Sa constipation l'inquiète beaucoup. Si elle ne peut aller à la selle, elle est bouleversée, elle va mourir.

Elle a l'impression qu'en elle tout est déplacé. Elle ne peut s'incliner sur le côté gauche, elle croit que tous ses organes se mettent de ce côté.

Elle est très facilement contrariée. Une erreur, un retard dans son travail de ménagère la chagrinent, elle y pense toute la journée. Elle se met facilement en colère.

Très indécise.

Comme toute occupation, n'ayant que son ménage à faire, elle le fait suivant les jours plus ou moins paresseusement. Elle ne se plaint pas d'asthénie. Mais elle ne pourrait travailler au dehors, elle ne se sent pas assez forte.

Elle n'a pas d'insomnie.

Le 24 Novembre 1928 : Premier tubage duodénal.

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc de solution de Meltzer-Lyon : 60 cmc. donc quantité abondante de bile B de couleur et limpidité normales.

Après ce tubage elle est très améliorée.

Elle n'a plus ses troubles digestifs : ses douleurs gastriques ont disparu, sa constipation persiste.

Elle est beaucoup moins triste. Elle est heureuse d'avoir une amélioration, cela prouve que sa maladie n'est pas grave.

Revient au tubage deux fois encore. On emploie l'huile d'olive chaude comme excitant vésiculaire. Bile B de même caractère.

La malade nous écrit qu'elle se porte bien. En somme petite atonie améliorée par trois tubages.

MALADES DE L'ASILE SAINTE-ANNE

OBSERVATION N° 13

Mme Fav... 59 ans. Service du professeur Claude.

Observation psychiatrique résumée :

Syndrome de Cotard, délire mélancolique avec anxiété, idées de culpabilité et de ruine universelle, délire de négation. Elle n'a plus d'organes de bouche, d'estomac. Il ne passe plus rien dans son corps. Tous les objets nécessaires à la vie ont disparu. Toute l'humanité est empoisonnée. Elle demeure seule sur la terre.

Tubage duodénal le 2 février 1929

Bile A normale. Bile B (après épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude, quantité 70 cmc, donc plus abondante que normalement. Coloration normale. limpidité normale.

OBSERVATION N° 14

Mme L..., 27 ans, couturière. Service du Professeur Claude.

Malade entrée le 7 sept. 1928, avec le certificat de placement suivant :

Etat dépressif avec lenteur des processus psychiques, inhibition, pleurs fréquents, absence d'efforts intellectuels, lacunes de mémoire, troubles du jugement, orientation imprécise (se croit en novembre) indifférence, inertie, variabilité de l'humeur. Dysarthrie fruste à certains mots d'épreuve, légères secousses péri-buccales, mâchonnement, pas de modifications pupillaires, inégalité des réflexes tendineux. Bordet-Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachien, tension 40 cm. albumine 1,44 ; réactions de Pandy et de Weitzbrocht +++ , leucocytes 8 par mmc. Réactions du benjoin et de l'élixir parégorique positives.

Paralyse générale.

Impaludation, le 9 novembre 1928.

Le 18 décembre 1928 : apparition d'un syndrome de Cotard : n'est plus elle, n'a plus de bouche, plus d'estomac, ses aliments ne peuvent plus entrer, n'a plus d'os, n'a plus rien du tout.

Dépérit de plus en plus.

Le 18 janvier 1929 : tentative de tubage duodénal infructueuse. La sonde ne franchit pas le pylore. On avait maintenu la malade pour pouvoir lui faire ce tubage.

Le 22 janvier 1929 : tubage duodénal : Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : on récolte une bile de coloration analogue à la bile A.

Injection sous-cutanée de 1 cmc de lobe postérieur d'hypophyse : on récolte une bile de même coloration que la précédente.

Le 24 janvier 1929 : tubage duodénal de contrôle : donne exactement les mêmes résultats après huile chaude et injection d'hypophyse.

Après les tubages : la malade est beaucoup mieux, parle, physionomie ouverte, lit son journal, ce qu'elle ne pouvait faire à l'entrée, s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle et l'observe fort bien, parle de son mari avec la plus grande pertinence.

Il ressort de l'interrogatoire que les idées de négation s'atténuent dans la mesure où la possibilité de raisonner revenant peu à peu permet la construction d'un syllogisme qui prend la valeur d'une preuve raisonnable de l'existence d'un organe tenu jusque là pour absent.

Avez-vous un estomac ? Il faut bien que j'en ai puisque je mange.

Avez-vous des dents ? Oui, puisque je mords ma cuillère.

Mais pour d'autres phénomènes qui relèvent moins élémentairement d'un raisonnement simple, la négation subsiste : je ne pèse plus que quelques grammes. Se saisissant de cette notion fausse de quelques grammes, elle reprend la raisonnement simpliste et vrai : je ne puis pas vivre et nouvelle ébauche de raison en sens contraire, et cependant j'ai une voix très forte et plus forte qu'autrefois.

Le 2 février 1929 : L'amélioration constatée dans l'état de la malade nous incite à faire un troisième tubage.

Après injection d'huile d'olive chaude, on récolte une bile B un peu teintée que celle des tubages précédents.

On ne fait pas d'injection d'hypophyse, la malade ayant retiré sa sonde, profitant d'un moment d'inattention.

Le 25 février 1929 : « Cela va mieux puisque j'ai un corps, des dents, une bouche, un estomac. Dans mon idée je pesais 25 kg et parais 100 kg... C'est la maladie qui a voulu ça.

« Je me demande où va tout ce que je mange. Cela va plus vite que d'habitude. On doit m'avoir enlevé quelque chose avec le tube (sonde de Einhorn).

Le 28 mars 1929 : La malade s'est nettoyée peu à peu de son Cotard, à mesure que l'état mélancolique cédait à une excitation maniaque qui s'avère de plus en plus. Actuellement agitation jusqu'à nécessité de contention.

Sauts, rires, facéties, mémoire excellente, très bonne orientation.

9 avril : Manie typique, chante, fait des saillies, coud toute espèce de vêtements dont elle s'affuble et affuble des poupées.

En raison de l'agitation, il est impossible de faire un tubage.

En résumé : paralysie générale progressive. Syndrome de Cotard.

Deux tubages duodénaux semblent indiquer que la vésicule ne ré-

pond pas même à des incitations très fortes : huile chaude, lobe postérieur d'hypophyse.

A la suite, apparition d'un état maniaque typique.

OBSERVATION N° 15

Mme Mail... 27 ans, ménagère. Service du Professeur Claude.

Observation psychiatrique résumée :

Mélancolie, dépression, tristesse, douleur morale, repliement, idées délirantes d'auto-accusation (croit toujours mentir, personne ne l'aime, plaintes fixes et monotones).

Réactions anxieuses, fugues de son domicile avec ses enfants.

Amaigrissement. Teint bronzé, langue nette.

Constipation.

Conservation de l'appétit (prétend-elle).

Cœur régulier, bruits normaux.

Ventre souple.

Réflexes normaux.

Liquide C.R. : 3,8 éléments par mmc. alb. : 0, 25. Pandy négatif. Wassermann L.C.R. négatif, Wassermann dans sérum, négatif.

Tubage duodénal, le 14 mars 1929.

Bile A : très claire. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile chaude : on retire au bout de cinq minutes, 40 cmc d'une bile brune et limpide.

Injection sous-cutanée d'un cmc de lobe postérieur d'hypophyse : la bile retirée est plus claire que la précédente, elle a les caractères de la bile C.

OBSERVATION N° 16

Mme Re..., 57 ans. — Service du Dr Trenel.

Observation résumée :

Mélancolie sénile avec conscience :

Internée plusieurs fois. Se trouve « toute perdue », ne se reconnaît pas, est incapable de rien, sa mémoire est nulle, tout effort physique est impossible. Gémissements, anxiété, idées de suicide actives (défenestration) Conscience de son état.

Réflexes photo-moteur : pupilles réagissent, légère inégalité pupillaire.

Réflexes tendineux : rotuliens vifs, achilléens, radiaux, tricipitaux normaux.

Ménopause il y a 10 ans.

Pouls 72, inégal. Cœur : arytmie extra systolique.

Tube digestif : appétit passable.

Réaction de Wasserman dans le sang : négative.

Le 3 mars 1929 :

Tubage duodénal : Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésicu-

laire provoquée par injection de 20 cmc d'huile d'olive chaude : on retire 40 cmc d'une bile noire, épaisse, bile de stase typique.

Le 9 mars 1929 :

Bile A normale apparue au bout de 3 h. Injection de 20 mme d'huile d'olive chaude : on récolte 15 cmc de bile B fortement teintée mais limpide.

La malade refuse obstinément de se laisser faire un troisième tubage.

OBSERVATION N° 17

Mme Sal..., 51 ans. — Service du docteur Sérieux.

Observation psychiatrique résumée :

Délire mélancolique avec idées d'auto-accusation et de mysticisme, appréhensions et interprétations multiples.

Quelques idées de persécution.

Elle est la cause de malheurs irréparables, elle est perdue ; la grâce l'a quittée. Elle veut expier, se sacrifier pour les autres. Demande à être suppliciée, coupée en morceaux. Elle sera brûlée vive comme Jeanne d'Arc, on veut sa mort.

Déclamations, chants, cris, pleurs, prières, supplications.

Anxiété, insomnie.

Idées et tentatives de suicides par étranglement.

Paludisme en Algérie en 1907.

Sang : Bordet-Wassermann positif en décembre 1927, négatif en février 1928.

L.C.R. : négatif.

Tubages duodénaux :

Le 12 février 1929 : Premier tubage duodéal :

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile chaude : au bout d'un quart d'heure on retire une bile qui présente les mêmes caractères de teinte et de limpidité que la bile A.

On fait alors une injection sous-cutanée d'un cmc. de lobe postérieur d'hypophyse : on retire à nouveau une bile présentant les mêmes caractères que la bile A.

Le 19 février 1929, Deuxième tubage duodéal de contrôle :

Bile A normale. Epreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée par injection de 20 cmc d'huile chaude : on retire de nouveau une bile ayant les mêmes caractères que la bile A.

Injection d'un cmc de lobe postérieur d'hypophyse : même résultat.

Cette malade se laissait faire les tubages croyant qu'ils allaient la faire mourir.

Conclusions

Dans notre préambule, nous indiquons que notre étude sur les rapports des états mélancoliques avec l'atonie de la vésicule biliaire présente un triple intérêt, historique, théorique et pratique.

INTÉRÊT HISTORIQUE. — *Pour les Anciens, la mélancolie, comme son nom l'indique, est en rapport avec la bile noire. Or, les recherches de M. Chiray et de ses collaborateurs ont montré grâce au tubage duodénal que la bile noire est un signe fondamental de l'atonie vésiculaire, affection dans laquelle se rencontrent très souvent des manifestations de psychopathie dépressive. C'est le point de départ de nos investigations.*

Nous avons suivi, à travers les âges, les vicissitudes de la bile noire. Depuis Hippocrate jusqu'au XIX^e siècle, cette bile noire a pris dans l'esprit des médecins les significations les plus diverses, tantôt humeur normale et tantôt humeur excrémentielle, pour certain produit contenu dans les glandes surrénales, pour d'autres partie épaisse du sang... Jamais la bile noire des anciens médecins n'a eu la signification que nous lui donnons aujourd'hui. Il y a entre leurs conceptions et la nôtre une analogie de mots, mais non une analogie de faits. Cependant les rapports des affections organiques et de la mélancolie ont continué pendant de longues années à susciter d'innombrables travaux et depuis longtemps on a cru à l'origine biliaire de la Mélancolie.

INTÉRÊT THÉORIQUE. — *Nous n'avons pu vérifier complètement celle hypothèse de l'origine biliaire de la Mélancolie. Car, pour avoir constaté l'atonie vésiculaire chez certains sujets mélancoliques nous ne croyons pas pouvoir conclure à l'origine biliaire de leur mélancolie.*

Nous avons examiné, à l'Asile Sainte-Anne, cinq grand mélancoliques, au point de vue de l'atonie vésiculaire, en pratiquant

chez eux l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée. Chez l'un d'entre eux nous pouvons affirmer et chez deux autres suspecter une atonie vésiculaire. Mais ces observations sont trop peu nombreuses pour autoriser des conclusions définitives.

Elles corroborent cependant nos douze observations prises sur des psychopathes à tendance dépressive qui se sont présentés à la consultation de l'hospice de La Rochefoucauld et chez lesquels l'atonie vésiculaire se trouve démontrée par la clinique, le tubage duodénal et la cholécystographie. Chez ces sujets les symptômes de dépression vont de la psychasthénie à la mélancolie minor et se résument en un ou plusieurs des éléments suivants : tristesse, hypocondrie, asthénie, anidéalisation, aboulie, insomnie.

L'atonie vésiculaire est-elle, en pareil cas, primitive ou secondaire par rapport aux troubles psychopathiques, telle est la seconde question que nous nous sommes posée.

Nous aurions tendance à admettre que la dépression mentale est contemporaine de la cholécystatonie comme aussi des autres syndromes d'atonie digestive : gastrique et intestinale qu'on retrouve dans ces cas — Atonie vésiculaire, Atonie digestive, dépression mentale forment, d'après nous, un trépied clinique dont il faut rechercher la cause commune dans un trouble d'ordre plus général.

Ce terrain fondamental, c'est l'état d'hypervagotonie. Cette hypothèse est fortement appuyée par le fait que nous avons trouvé chez ces malades d'autres signes de la constitution vagotonique : signes cutanés, vaso-moteurs, oculaires en particulier. Elle s'appuie aussi sur les travaux de l'école psychiatrique moderne qui démontrent, à l'aide de tests biologiques divers, l'état d'hypervagotonie, chez les déprimés et les mélancoliques.

Cette hypervagotonie fondamentale est généralement acquise chez nos malades, soit dès l'enfance, à la suite d'un état maladif prolongé, soit plus tard à l'âge adulte. C'est dans ce second cas, qu'interviennent au premier chef, les causes morales et peut-être moins fréquemment les infections ou les troubles endocriniens, qui perturbent le système neuro-végétatif.

On sait quelle place cette notion du déséquilibre neuro-végétatif tend à prendre actuellement dans la pathologie médicale et quelle éclatante lumière elle projette sur nombre d'états pathologiques jusque là mal compris.

Nous pouvons, grâce à elle, établir un rapprochement entre les

signes en apparence si différents d'un état mental dépressif et d'une affection vésiculaire. Et ce n'est pas là seulement une conception dont la logique apparente satisfait l'esprit. Elle a pour elle l'appui indéniable de faits observés de façon soigneuse et probe.

INTÉRÊT PRATIQUE. — En vérifiant par l'action thérapeutique les rapports de l'atonie vésiculaire et de certains états dépressifs, nous pensons, en effet, avoir donné un argument définitif à notre thèse. Comment expliquer que les tubages duodénaux répulés, qui réalisent un drainage médical de la vésicule et réduisent sa motricité fonctionnelle, améliorent non seulement les troubles digestifs, mais encore les troubles mentaux, si on n'admet pas qu'en excitant un réflexe viscéro-moteur on agit en même temps sur d'autres réflexes de la vie organo-végétative.

En tout cas, les résultats observés par cette méthode des tubages duodénaux en série, nous autorisent à la préconiser comme traitement des états mentaux dépressifs, des petits états mélancoliques, lorsque parallèlement l'atonie vésiculaire est constatée. Bien souvent les médecins tentent de trouver derrière ces névroses parfois si rebelles, une affection organique qui permettrait d'instituer un traitement causal et parlant efficace. Nous espérons que notre étude, en attirant l'attention sur le rôle possible de la vésicule biliaire, déterminera les médecins à compléter l'examen des petits états mélancoliques par le tubage duodénal, et éventuellement de traiter avec succès par cette méthode, et l'état mental et la cholécystatonie de leurs patients.

BIBLIOGRAPHIE

- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, traduites en français par E. Littré, Paris 1840.
- ARÉTÉE de CAPPADOCE. — Traité des signes, des causes, de la cure des maladies aiguës et chroniques, traduit par L. Renaud, Paris 1834.
- GALIEN. — Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales, traduites par Ch. Daremberg, Paris 1854-1856.
- CODEX grec. — XIV-XV^e siècle, Paris, Bibliothèque Nationale, manuscrit grec 36 folio 218.
- AMBROISE PARÉ. — Les Œuvres complètes divisées en vingt-huit livres avec figures et portraits, à Paris chez Gabriel Biron, 1585.
- FERNEL. — Les VII livres de Physiologie — les VII livres de Pathologie, mis en français par A.D.M. Paris, 1646.
- MICHEL SERVET. — Christianismi Restitutio, Villanovanus 1553.
- SENNERT. — Medicina Practica, Parisiis 1632-35.
- VAN HELMONT. — Oeuvres traitant des principes de médecine et physique pour la guérison des maladies, trad. par Jean Leconte, Lyon, 1671.
- DIONIS. — Anatomie de l'homme, Paris, 1715.
- BOERHAVE. — Aphorismes de M. Hermann Boerhave sur la connaissance et la cure des maladies, traduit en français par X. Rennes 1738.
- LORRY. — De mélancholia et morbis melancholicis, Paris, 1765.
- RAULIN. — Traité des affections vaporeuses du sexe, Paris, 1759.
- PIERRE POMME. — Traité des affections vaporeuses, Paris, 1782.
- BEAUCHESNE. — Traité des affections vaporeuses, Paris 1783.
- P.J.B.-CABANIS. — Rapports du physique et du moral de l'homme, Paris, 1843.
- KURT SPRENGEL. — Histoire de la médecine, tr. Jourdan, Paris, 1815-1832.
- LÉON MEUNIER. — Histoire de la médecine, Paris Baillière 1911.
- DELAY et FOVILLE. — Mélancolie et poussée d'ictère (Nouveau Journ. de med. 1821)
- HAMMOND. — Sur les abcès du foie, leur association avec l'hypocondrie et leur traitement. (Gazette hebdomadaire, 1880, N^o 48).
- RAPHÉLY. — Essai sur les phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie (Atrabile des Anciens) Th. Lyon. 1889.
- BÉTHENCOURT et RODRIGUE. — De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de dilatation de l'estomac dans la forme dépressive de la mélancolie. (Cong. Int. Med. Ment., 1889-90, p. 409).
- CHAIRIN. — Mélancolie et affections hépatiques (Soc. de biologie, 30 juil. 1892)
- KLIPPEL. — Troubles mélancoliques et maladie du foie (Arch. gén. méd. Août 1892)
- KLIPPEL. — La folie hépatique (Congrès de la Rochelle, 1893).
- KLIPPEL. — Troubles mentaux et maladies du foie (Ann. Méd. Psych. 1894).

- KLIPPEL. — Délire et intoxication hépatique (Rev. de psych. 1897, p. 226).
- RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapp. au congrès annuel de Méd. Ment. 4^e session, La Rochelle. 1-6 août 1893).
- KISCHKINE. — Deux cas de cérébropathie toxique à la suite d'ictère. C. R. page 1) (Moniteur russe de Psych. 1896).
- LÉOPOLD-LEVI. — Troubles nerveux d'origine hépatique (Arch. gen. de méd. 1896).
- LÉOPOLD-LEVI. — Troubles nerveux d'origine hépatique (Thèse de Paris, 1896).
- JOFFROY. — Pseudo-paralysie générale hépatique (Soc. Méd. des Hôpitaux, 1896).
- CULLERE. — Hépatisme et Psychoses. (Arch. de Neurol. Nov. 1898).
- FAURE. — Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. Thèse de Paris, 1900.
- VIGOUROUX et JUQUELIER. — Insuffisance hépatique et délire. Revue de psych. Sept. 1902, p. 403.
- GILBERT et LEREBoullet. — La neurasthénie biliaire (Soc. Méd. Hop. 31 juil. 1903, p. 956).
- GILBERT, LEREBoullet et COLLOLIAN. — L'origine biliaire de la Mélancolie (Soc. Méd. Hôp. juillet 1903, p. 967).
- COLOLIAN. — Cholémie et Mélancolie. (Société Méd. des Hôp. juillet 1903).
- JACOBS. — Les troubles mentaux dans l'insuffisance hépatique (Thèse de Toulouse, 1906-08).
- HAMMARD et SARGEANT. — Cholémie et états mentaux dépressifs (Ann. méd. psych. t. I, p. 447- 1911).
- HAMMARD et SARGEANT. — Cholémie et états mentaux dépressifs (Soc. méd. psych. 27 février 1911).
- E. GELMA. — Troubles mentaux et affections du système nerveux liés aux affections du foie et particulièrement à l'insuffisance de la cellule hépatique. Strasbourg Médical, 5 janvier 1925, N° 1.
- G. PARTURIER. — La psychologie du biliaire. Paris Méd. 13 fév. 1926, p. 148.
- D. ANGLADE. — Art. Etiologie générale des affections mentales in Traité de Pathologie Mentale de G. Ballet, Paris 1903, p. 44.
- D. ANGLADE et G. BALLEt. — Art. Mélancolie in Traité de Pathologie mentale de G. Ballet.
- TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — La Mélancolie. (Baillière, Paris 1897).
- MASSELON. — La Mélancolie. (Alcan, Paris 1806).
- BÉNON. — La Mélancolie. (Doin, Paris 1925).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La méthode concentrique dans l'étude des psychonécroses. Cliniques de la Pitié. Chahine, Paris 1927.
- H. ROGER. — Pathologie du système nerveux autonome. Revue de Méd. 1922.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. Alcan, Paris 1924.
- A.-C. GUILLAUME. — Vagotonies — Sympathicotonies — Neurotonies. Masson, Paris 1925.
- M. CHIRAY et I. PAVEL. — Les syndromes neuro-végétatifs in Nouveau Traité de Médecine de Roger-Widal-Teissier. fasc. XXI, p. 405. (Masson, Paris 1927).
- R. TARGOWLA, M. BADONNEL et A. BERMAN. — Sur la cholestérine dans les maladies mentales. Première réunion biologique neuro-psychiatrique, 9 janv. 1923 Encéphale, févr. 1923.

M. BADONNEL. — Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie. Thèse de Paris, 1924. N° 281, p. 140.

Id. — Contribution à l'étude des fonctions organiques dans la mélancolie. Arch. inter. de neurol. Paris, 1925, 18^e série.

R. TARGOWLA et A. LAMACHE. — Le syndrome biologique des états mélancoliques. Encéphale, février, 1927.

M. CHIRAY et J. LEBON. — Le tubage duodénal : ses applications cliniques (collection méd. et chir. pratiques) Masson, Paris 1924.

M. CHIRAY et M. MILOCHEVITCH. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire (Collection méd. et chir. pratiques) Paris 1924.

M. CHIRAY et I. PAVEL. — La contractibilité de la vésicule biliaire, 3^e mémoire : étude physio pathologique. Journal de Physiologie et de pathologie générale, 1925, p. 593.

M. CHIRAY, I. PAVEL et M. MILOCHEVITCH. — La cholécystatonie. Etats hypotoniques et atoniques de la vésicule biliaire. Presse Médicale, 12 sept. 1925, N° 73, p. 1217.

M. CHIRAY et STIEFFEL. — La stase cholécystique et les crises gastriques du tabès. Rev. neurol. 1925, t. XXXII, p. 628.

M. CHIRAY et TRIBOULET. — Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire. Presse médicale, 1925, N° 20 p. 313.

M. CHIRAY et I. PAVEL. — La Vésicule biliaire — anatomie — physiologie — séméiologie — pathologie — thérapeutique, avec le concours de A. Lomon pour la radiologie. Masson, Paris 1927.

N. FIESSINGER. — La stagnation biliaire intra vésiculaire. Journal des Praticiens. 10 mars 1928, p. 146.

Vu, le Doyen :
H. ROGER

Vu, le Président de la Thèse :
MÉNÉTRIER

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

